



Приложение 4
к приказу № 1-8/28.08.2020
ТОО «NOVA INVEST» (НОВА ИНВЕСТ)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ пациента на оказание платных медицинских услуг

Я, пациент/законный представитель пациента:

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

ИИН _____ (пациента),

находясь в ТОО «NOVA INVEST (Нова Инвест)» (далее - «Клиника»), настоящим подтверждаю, что до получения платных медицинских услуг, Клиника в доступной для меня форме ознакомила меня с Договором на оказание платных медицинских услуг (публичная оферта). Правилами оказания платных услуг субъектами здравоохранения¹.

Я уведомлен(а) и согласен(а) с тем, что обследование и лечение в Клинике, оказываемое мне на платной основе, будет проводиться по моему собственному выбору и желанию, я отказываюсь от бесплатного лечения и гарантирую оплату оказанных платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(а):

- 1) с моими правами, предусмотренными Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», в том числе с правом лечения по перечню гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, и добровольно отказываюсь от бесплатного лечения в пользу платного;
- 2) с перечнем платных медицинских услуг, оказываемых Клиникой, стоимостью таких услуг, указанной в прейскуранте, условиями, формой и порядком их оказания и оплаты;
- 3) с постоянным составом медицинских работников Клиники, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации. При этом я также уведомлен Клиникой и согласен с тем, что в процессе оказания мне услуг Клиника вправе дополнительно привлекать третьих лиц с целью их участия в процессе осмотра, консультирования, обсуждения тактики лечения либо решения иных необходимых вопросов для улучшения качества оказываемых мне медицинских услуг;
- 4) В отдельных случаях Клиника вправе вести аудио и/или видеонаблюдение в процессе оказания медицинских услуг, о чем я буду уведомлен(а) заранее с предоставлением соответствующего согласия;
- 5) с информацией о Клинике, в том числе, о ее лицензии на осуществление медицинской деятельности, о режиме работы, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинской помощи;
- 6) с целями, характером, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- 7) с тем, что забор необходимых анализов и обследований проводится по существующим требованиям законодательства Республики Казахстан, санитарно-эпидемиологического надзора и по показаниям лечащего врача;
- 8) по показаниям лечащего врача (консилиума) в сложных и/или спорных диагностических случаях допускается повторное или дополнительное проведение исследований после предварительного согласования и без ущемления моих интересов;
- 9) Клиника вправе отказать в платном лечении в случае выявления до или во время оказания услуг непрофильных заболеваний (онкологические, инфекционные, психические и др), требующих лечения в специализированных медицинских учреждениях, а также при выявлении соматических декомпенсированных и иных заболеваний, на стадии терминальных осложнений, нуждающиеся паллиативном лечении амбулаторно по месту жительства;
- 10) в случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе манипуляций) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом;
- 11) с тем, что Клиника вправе по собственному объективному усмотрению заменить лечащего врача с уведомлением посредством телефонной связи не позже чем за 2 (Два) часа до времени и даты приема, я подтверждаю, что вправе отказаться от замены, уведомив Клинику, либо перенести прием на другой день/время по согласованию с Клиникой, каких-либо претензий к Клинике ввиду замены врача в указанных случаях иметь не буду;
- 12) мне необходимо регулярно принимать назначаемые лечащим врачом препараты и применять другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом лекарств;

¹ утвержденными Приказом МЗ РК от 29 октября 2020 года № КР ДСМ-170/2020

13) предоставлять Клинике (медицинским работникам) сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я должен сообщать правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

14) с тем, что имею право отказаться от оказания части медицинских вмешательств или лечения целиком, оформив полный отказ от медицинских вмешательств;

15) с тем, что Клиника вправе в любой момент отказать в предоставлении медицинских и иных услуг, а в случае начала их оказания, прервать их оказание, в случае нарушения мною требований законодательства Республики Казахстан, правил внутреннего распорядка Клиники, неэтичного, агрессивного, вызывающего поведения в отношении персонала Клиники или других пациентов, посетителей Клиники.

Я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Настоящим я гарантирую, что мною добровольно, по своей воле и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в Клинике, я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в Клинике и согласен(а) их оплатить, в дальнейшем каких-либо претензий как материального так и нематериального характера к Клинике в связи с взиманием платы за услуги иметь не буду.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, подписан после проведения разъяснительной беседы, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в Клинике, и подтверждаю дачу согласия Центру на сбор, обработку, передачу необходимых персональных данных, в объеме и способами согласно законодательству Республики Казахстан.

Я проинформирован о том, что данное информированное согласие распространяется на все/любые, в том числе последующие (после первого визита) случаи посещения мною Клиники и получения платных медицинских услуг.

Настоящее согласие является моим акцептом Договора на оказание платных медицинских услуг (публичной оферты), который принимается мною путем присоединения к указанному Договору в целом без каких-либо условий, изъятий и оговорок.

(подпись пациента/законного представителя, ФИО)

« ____ » _____ 2024 года