**Пациенттің ақылы қызметтер көрсетуге арналған хабарландырылған келісімі**

Мен, пациент/заңды өкілі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ЖСН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(пациенттің/заңды өкілдің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(бұдан әрі – «Орталық») бола отырып,
    (медициналық ұйымның атауы)

Ақылы медициналық қызмет алғанға дейін Орталық маған түсінікті түрде мені ҚР ДСМ 2020 жылғы 29 қазандағы № ҚР ДСМ-170/2020 бұйрығымен бекітілген Денсаулық сақтау субъектілерінің ақылы қызметтерді көрсету қағидаларымен таныстырғанын растаймын. Орталықтың бөлімшесінде маған ақылы негізде көрсетілетін тексеру мен емдеу менің өз таңдауым мен қалауым бойынша көрсетілетінінен хабардармын және келісемін, мен тегін емдеуден бас тартамын және көрсетілген ақылы медициналық қызметтерге, оның ішінде стационарда (күндізгі) болуға ақы төлеуге кепілдік беремін, сонымен қатар мен төмендегілер туралы хабар алдым:

1) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізбесіне сәйкес («Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 28.09.2009 жылғы №2136 қаулысына сәйкес) ауруханаға жатқызылу және емделу құқығым туралы және медициналық көмектің тиісті түрлері мен көлемін ақысыз алу мүмкіндігім туралы хабар алдым және тегін емделуден өз еркімен бас тартамын және ақылы емделуге келісімімді беремін;

2) Орталық көрсететін ақылы медициналық қызметтердің тізбесі, ақылы қызметтерге бағалар, оларды көрсету және төлеу шарттары, нысаны мен тәртібі туралы, және емдеуге жатқызылу кезінде менімен келісілген алдын ала тексеру мен емдеу жоспары, негізгі/ілеспелі аурулар шеңберіндегі алдын ала төлем сомасы туралы, бұл ретте негізгі және ілеспелі ауруларды тексеру, емдеу және төлеу туралы түпкілікті келісім жұмыс процесінде жүзеге асырылады (ауруханадан шығарылу күні Есептеулер (Жұмыстарды орындаған туралы актілер) төлеуге ұсынылады және белгіленген үлгідегі медициналық құжаттамадан үзінді көшірме беріледі);

3) азаматтардың жекелеген санаттары үшін ақылы қызметтер көрсету кезіндегі жеңілдіктер туралы;

4) ақылы медициналық қызметтер көрсетуге қатысатын медицина қызметкерлері, олардың кәсіптік білім деңгейі мен біліктілігі туралы;

5) Орталық туралы ақпарат, оның ішінде медициналық қызметті жүзеге асыруға арналған лицензия туралы мәлімет (нөмiрi мен берiлген күнi, лицензияланатын қызмет түрiнiң кiшi түрлерiнiң тiзбесi, лицензиардың толық атауы), жұмыс режимi, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі шеңберінде, ақылы негізде медициналық көмек көрсетуге тартылған медицина қызметкерлерінің жұмыс кестесi туралы;

6) бақылаушы органдар туралы: уәкiлеттi органның, астананың денсаулық сақтау мемлекеттiк басқарудың жергiлiктi органының, медициналық қызметтер көрсету (көмек көрсету) саласындағы мемлекеттiк органның, дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар айналымы саласындағы аумақтық бөлiмшелерiнiң мекенжайлары мен телефондары;

7) ақылы медициналық қызметтер көрсетудің мақсаттары, сипаты, қауіп факторлары және ықтимал асқынулары туралы;

8) қажетті талдаулар мен зерттеулерді жинау санитарлық-эпидемиологиялық қадағалаудың қолданыстағы талаптарына сәйкес және емдеуші дәрігердің көрсетуі бойынша жүргізілетіні туралы, бұл ретте соңғы есепке алу мерзімі 10 күннен аспауы тиіс;

- ақылы медициналық қызметтер көрсету қағидаларында көзделген өзге де мәліметтер туралы.

Мен төмендігелер туралы хабардармын және келісемін:

- емдеуші дәрігердің (консилиумның) көрсетілімі бойынша, күрделі және қарама-қайшылықты диагностикалық жағдайларда, көрсетілімдер бойынша және талап бойынша (тексеру мен емге жауап беруді бақылау және т.б.) алдын ала келісіммен және менің мүдделеріме нұқсан келтірместен көбірек зерттеулер жүргізуге жол беріледі;

- Орталық ауруханаға жатқызар алдында және жатқызу барысында мамандандырылған емдеу мекемелерінде емдеуді қажет ететін бейіндік емес аурулар (онкологиялық, жұқпалы, психикалық және т.б.) анықталған жағдайда, сондай-ақ соматикалық декомпенсацияланған аурулар, тұрғылықты жері бойынша амбулаториялық негізде паллиативтік көмекті қажет ететін терминалдық асқынулар сатысындағы және басқа да аурулар анықталған жағдайда ақылы емдеуден бас тартуға құқылы;

- қауіпті және төтенше жағдайлар туындаған жағдайда, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде Астана қаласындағы жедел емханаларға ауыстыру туралы, ал ауыстырудан бас тартқан жағдайда – Орталықпен алдын ала келісілгеннен кейін емхананың жедел медициналық көмек көрсететін бөлімшелеріне осы бөлімшелердің ақылы қызметтерінің прейскурантына сәйкес ауыстыру мүмкіндігі туралы;

- тексеру және емдеу кезінде (оның ішінде операция және манипуляциялар кезінде) менің денсаулығыма қауіп төндіретін күтпеген асқынулар туындаған жағдайда, кейіннен бұл туралы маған хабарлай отырып, емдеудің сипатын (оның ішінде хирургиялық араласу көлемін) өзгертуге, оның ішінде оны жүргізуден бас тартуға келісемін;

- Орталық дәлелді себептермен емдеуші дәрігерді қабылдау күні мен уақытына дейін 2 (Екі) сағаттан кешіктірмей телефон арқылы хабарламамен ауыстыруға құқылы, мен Орталықты хабардар ете отырып, бұл ауыстырудан бас тартуға немесе қабылдауды Орталықпен келісім бойынша басқа күнге/уақытқа ауыстыруға құқығым бар екенін растаймын, бұл жағдайларда дәрігердің ауыстырылуына байланысты Орталыққа ешқандай шағымым болмайды.

Маған Орталықтың (ақылы медициналық қызмет көрсететін медицина қызметкерінің) нұсқауларын (ұсынымдарын), оның ішінде белгіленген емдеу режимін сақтамау көрсетілетін ақылы медициналық қызметтің сапасын төмендетуі, оны уақытылы аяқтауға мүмкіндік бермеуі немесе денсаулық жағдайына теріс әсер етуі туралы ескертілді. Осы арқылы Орталықта алғым келетін ақылы медициналық қызмет түрлерін өз еркіммен және өз мүддеммен ешқандай мәжбүрлеусіз таңдағаныма кепілдік беремін, мен ақылы медициналық және басқа да ақылы қызметтерге қолданыстағы прейскурантпен танысып шықтым және оған сәйкес оларды төлеуге келісемін, болашақта менде Орталыққа көрсетілетін қызметтер үшін алым жинауға байланысты материалдық және материалдық емес талаптар болмайды.

 Осы хабарландырылған келісімнің мәтінімен танысқанымды, түсіндірме әңгімеден кейін қол қойғанымды растаймын, оның ережелері маған түсінікті, мен Орталықта ақылы медициналық және басқа да ақылы қызметтерді алуға және төлеуге өз келісімімді беремін және Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес Орталыққа қажетті дербес деректерімді жинауға, өңдеуге, беруге келісімімді растаймын.

Бұл келісім ақылы медициналық қызметтерді көрсету бойынша ашық (жария) офертасын қабылдау акцептісі болып табылады, оны Тапсырыс беруші/Пациент Шартқа ешқандай талаптарсыз, алып тастаусыз және ескертпелерсіз толықтай қосылу арқылы қабылдайды.

Мен осы Пациенттің ақылы қызметтер көрсетуге арналған хабарландырылған келісімінің данасын алдым.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (тапсырыс берушінің/заңды өкілінің/пациенттің қолы, Т.А.Ә. )

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 2 \_\_\_ж.