**Информированное согласие пациента на оказание платных услуг**

     Я, пациент/законный представитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, находясь в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                     (наименование медицинской организации)

(далее- «Центр»), настоящим подтверждаю, что до получения платной медицинской услуги, Центр в доступной для меня форме ознакомил меня с Правилами оказания платных услуг субъектами здравоохранения, утвержденными Приказом МЗ РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020, я уведомлен\а и согласен с тем, что обследование и лечение в отделении Центра, оказываемое мне на платной основе будет проводиться по моему собственному выбору и желанию, я отказываюсь от бесплатного лечения и гарантирую оплату за оказанные платные медицинские услуги, включая пребывание в стационаре (дневном), также я проинформирован(а) о нижеследующем:

1) о моих правах госпитализации и лечения по перечню гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, (в соответствии с Постановлением Правительства РК №2136 от 28.09.2009 г. «Об утверждении 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) о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых Центром о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты, и со мной согласованы в момент поступления план предварительного обследования и лечения, предварительная сумма оплаты в рамках основного/сопутствующих заболеваний, при этом окончательное согласование по обследованию, лечению и оплате по основному и по сопутствующим заболеваниям будет проводиться в ходе рабочего процесса (в день выписки выставляется к оплате Калькуляции (Акт выполненных работ) и выдается Выписка из медицинской документации, установленного образца);

3) о льготах при предоставлении платных услуг для отдельных категорий граждан;

4) о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

5) с информация о Центре, в том числе, сведения о лицензии Центра на осуществление медицинской деятельности (номер и дата выдачи, перечень подвидов лицензируемого вида деятельности, полное наименование лицензиара), о режиме работы, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, платных услуг;

6) о контролирующих органах: адреса и телефоны уполномоченного органа, местного органа государственного управления здравоохранения столицы, территориальных подразделений государственного органа в сфере оказания медицинских услуг (помощи), территориальных подразделений государственного органа в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий,

7) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;

8) что забор необходимых анализов и обследований проводится по существующим требованиям санитарно-эпидемиологического надзора и по показаниям лечащего врача, причем сроки последних принимаемых во внимание должны быть не более 10 дней давности;

- иной информации, предусмотренной правилами предоставления платных медицинских услуг.

Я информирован(а) и согласен, что:

- по показаниям лечащего врача (консилиума) в сложных и спорных диагностических случаях по показаниям и по требованию (мониторинг обследования и ответа на лечение и пр.) допускается более кратное проведение исследований после предварительного согласования и без ущемления моих интересов;

- Центр вправе отказать в платном лечении случае выявления до и во время госпитализации непрофильных заболеваний (онкологические, инфекционные, психические и др), требующих лечения в специализированных медицинских учреждениях, а также при выявлении соматических декомпенсированных и др. заболеваний, на стадии терминальных осложнений, нуждающиеся паллиативном лечении амбулаторно по месту жительства;

- при возникновении и экстренных угрожаемых состояний о переводе в рамках ГОБМП в ургентные клиники г. Астана, а в случае отказа - о возможности перевода в отделы клиники, оказывающих неотложную медицинскую помощь по прейскуранту платных услуг указанных отделений, после предварительного согласования с Центром;

- в случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции и манипуляций) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом;

- Центр вправе по обоснованной причине 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 Центр, либо перенести прием на другой день\время по согласованию с Центром, каких-либо претензий к Центру ввиду замены врача в указанных случаях иметь не буду.

Я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Центра (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Настоящим я гарантирую, что мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в Центре, я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в Центре и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним, в дальнейшем каких-либо претензий как материального так и нематериального характера к Центру 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 Центре, и подтверждаю дачу согласия Центру на сбор, обработку, передачу необходимых персональных данных, в объеме и способами согласно законодательству Республики Казахстан.

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

Я получил(а) экземпляр настоящего Информированного согласия пациента на оказание платных услуг.

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

(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика, ФИО)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.