

ТОО «ZhanMed/ЖанМед»

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год рождения),

проживающий(-ая) \_\_\_\_\_ по  
адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:**

**Я, паспорт:** \_\_\_\_\_

**выдан:** \_\_\_\_\_

**являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:**

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии с требованиями п.6 ст.134 главы 16 раздел 3 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (обследование, лечение, реабилитацию) в ТОО «ZhanMed/ЖанМед» в отношении \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента либо слово «меня»)

- Мне согласно моей воли в доступной для меня форме предоставлена информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

- Я извещен (-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не назначенных лекарств.

- Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Положения статей 134, 163, п.1ст.164, п.3ст.134, 168 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» мне разъяснены, мною поняты. Я поставлен(-а) в известность, что полный текст данного Кодекса расположен на стенде в учреждении, является общедоступным для ознакомления посетителями и пациентами.

- Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы, в том числе получить информацию по назначенным лекарственным препаратам. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.

- Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, особенностями течения заболевания. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от добросовестного выполнения мною (представляемым) рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

- Я ознакомлен(-а) и согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 4 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Подпись пациента/законного представителя** \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач

---

(должность, и., о., фамилия)