



Форма ПОУ-01-1-2 Информированное согласие на получение консультативно-диагностических услуг. Версия 7.

Утверждена приказом Председателя Правления АО «Национальный центр нейрохирургии» № 05-4/44 от «01» февраля 2024 г.

**Информированное согласие
на получение консультативно – диагностических услуг**

г. Астана

«___» _____ 20__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____, действующий:
(число, месяц, год рождения, ИИН)

собственного имени;

от имени пациента: _____
(Ф.И.О. полностью)

(число, месяц, год рождения, ИИН)

проживающий по адресу: _____

В соответствии с Ст. 7. Закона Республики Казахстан от 21 мая 2013 года N 94-V «О персональных данных и их защите», ст. 60. Кодекса Республики Казахстан «Оздоровье народа и системе здравоохранения», подтверждаю свое согласие на сбор, обработку, хранение и предоставление персональных медицинских данных для формирования электронных медицинских записей.

Подписывая данную форму информированного согласия, я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) цели назначения данного документа и ознакомлен с условиями договора открытой (публичной) оферты на оказание платных медицинских услуг АО «Национальный центр нейрохирургии».

Даю согласие на проведение диагностических исследований, при условии получения дополнительного согласия на инвазивные исследование, исследование с введением контрастных веществ или другое.

Данное информированное согласие действительно с момента подписания и на весь период получения консультативно – диагностических услуг в условиях АО «Национальный центр нейрохирургии» г. Астана в течении года.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Общества по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Общества.

Ф.И.О. и подпись: _____

Ф.И.О. и подпись: _____
(фамилия и подпись медицинского работника)



ПОУ-01-1-2 нысаны. Консультациялық-диагностикалық қызметтерді алуға ақпараттандырылған келісім 7- нұсқа.
«Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ Басқарма Төрағасының 2024 жылғы «01» ақпандағы № 05-4/44 бұйрығымен бекітілген

Консультациялық-диагностикалық қызметтерді алуға ақпараттандырылған келісім

Астана қ.

« ____ » _____ 20 ____ ж.

Мен: _____,
(Т.А.Ә. толық жазу)

(туған күні, айы, жылы, ЖСН)

өз атынан;

науқастың атынан: _____
(Т.А.Ә. толық жазу)

(туған күні, айы, жылы, ЖСН)

Науқастың мекенжайы: _____

«Дербес деректер және оларды қорғау туралы» Қазақстан Республикасының 2013 жылғы 21 мамырдағы № 94-V Заңының 7-бабына сәйкес, «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексінің 60-бабына сәйкес электрондық медициналық құжаттарды қалыптастыру үшін жеке медициналық деректерді жинауға, өңдеуге, сақтауға және беруге келісімімді беремін.

Ақпараттандырылған келісімнің осы нысанына қол қоя отырып, мен осы құжаттың берілуі мақсатын оқығанымды және түсінгенімді растаймын және «Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ ақылы медициналық қызметтерді көрсетуге арналған ашық (жария) оферта шартының талаптарымен таныстым.

Мен инвазиялық зерттеулерге, контраст агенттерін енгізе отырып зерттеулерге және т.б. үшін қосымша келісім алу шартымен диагностикалық зерттеулер жүргізуге келісім беремін.

Бұл ақпараттандырылған келісім қол қойылған сәттен бастап және Астана қаласының «Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ жағдайында консультациялық – диагностикалық қызметтерді алудың барлық кезеңіне бір жыл ішінде жарамды.

Мен тиісті жазбаша құжатты жасау арқылы өз келісімімді қайтарып алу құқығын өзіме қалдырамын, мен оны Қоғамның атына пошта арқылы тапсырылғаны туралы хабарламасы бар тапсырыс хатпен жіберуім мүмкін немесе Қоғамның өкіліне қолхатпен жеке тапсырамын.

Т.А.Ә. және қолы: _____

Т.А.Ә. және қолы: _____

(медициналық қызметкердің Т.А.Ә., қолы)