

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В АМБУЛАТОРНО - КОНСУЛЬТАТИВНОМ ЦЕНТРЕ ТОО «МЕХЕЛ HEALTH»

Приложение 3 к договору публичной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичный договор) от 31.07.2024 г.

Я, : Садвакасова Шолпан Макишовна, Иин 590416450174 , Адрес проживания Щербаков дом 19 , Контактный телефон 87715368939

Я информирован(а), о том, что специалисты амбулаторно - консультативного центра ТОО «МЕХЕЛ HEALTH» приложат все условия для оказания мне высококвалифицированной медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) и принимаю условия договора публичной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичный договор) и свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий вышесказанного договора.

Я даю добровольное согласие на включение и использование своих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при его наличии), национальность, пол, дата рождения, индивидуальный идентификационный номер, юридический адрес, место жительства, абонентский номер средства связи) и медицинских записей в информационных системах ТОО «МЕХЕЛ HEALTH» и Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – МЗ РК) в целях обмена этой информацией участниками процесса обследования и лечения.

Я согласен(-а) в пользу платного лечения, и добровольно отказываюсь от бесплатного лечения в других клиниках и гарантирую оплату за оказанные услуги по Прейскуранту цен ТОО «МЕХЕЛ HEALTH» на медицинские услуги без предъявления в дальнейшем каких либо претензий.

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию осложнений.

В целях получения лучших результатов лечения обязуюсь представить лечащему врачу достоверную и полную информацию обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. наличии инфекционного и иного заболевания, представляющих опасность для окружающих. А также предоставлении правдивых сведениях о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, об одновременном лечении у других специалистов

и выполнении их рекомендаций. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и врачей за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

Я ознакомлен(а) со своими правами и обязанностями, а также распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в амбулаторно - консультативном центре ТОО «MEXEL HEALTH», и обязуюсь их соблюдать.

Я ознакомлен(а) с правом на лечение и уход, с уважительным отношением к достоинству, личностным ценностям, убеждениям и правам

Я ознакомлен(а) с правом обратиться к другому врачу/в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.

Я ознакомлен(а) с правом на конфиденциальность личной и медицинской информации, в том числе конфиденциальность моих медицинских записей

Я ознакомлен(а) с правом на подачу жалобы по вопросам лечения и ухода, а также правом на участие в процессе реагирования на жалобу. Мне в доступной форме разъяснены формы и порядок предоставления жалоб и предложений по качеству оказания медицинской помощи

Информацию о состоянии моего здоровья, результатах обследования и лечения я разрешаю сообщать следующим лицам: (Ф.И.О. лица которому разрешается сообщать информацию о ходе лечения, указать родство/отношение, телефон): 87715368939

Я информирован(а), что имею право отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия, данное право может быть реализовано после письменного отказа от лечения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) достаточное время и возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я согласен (а), что мое информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг распространяется на все последующие мои обращения в ТОО «MEXEL HEALTH» в течении одного календарного года с момента обращения.

Пациент(ка): Садвакасова Шолпан Макишовна

Дата 2.9.2025

