

УВЕДОМЛЕНИЕ / СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Настоящим я Дюсикеева Дюсикеева Алина Айратовна - (Ф.И.О.), гражданин\ка Казахстана уведомлен о том, что обследование и лечение в отделении ТОО «Mixel Health» и/или АО «ННМЦ» (далее – клиника) оказываемое мне на платной основе будет проводиться по моему собственному выбору и желанию и гарантирую оплату за оказанные платные медицинские услуги включая пребывание в стационаре (дневном).

1. Я информирован(а) о моих правах госпитализации и лечения по перечню гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, (в соответствии с Постановлением Правительства РК № 672 от 16.10.2020 г. «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи») и добровольно отказываюсь от бесплатного лечения в пользу платного без предъявления в дальнейшем каких-либо претензий к клинике в том числе требования о переводе в другую клинику;

2. Я информирован(а) и со мной согласовано в момент поступления план предварительного обследования и лечения, предварительная сумма оплаты в рамках основного/сопутствующих заболеваний;

3. Я информирован(а), что вопросы окончательного согласования по обследованию, лечению и оплате по основному и по сопутствующим заболеваниям будет проводится в ходе рабочего процесса. В день выписки выставляется к оплате Калькуляции (Акт выполненных работ) и выдается Выписка из медицинской документации, установленного образца;

4. Я информирован(а) о том, 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;

5. 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 интересов пациента;

6. Я информирован(а), что Исполнитель вправе отказать в платном лечении случае выявления до и во время госпитализации у больного 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;

7. Я информирован(а), что при возникновении и экстренных угрожаемых состояний о переводе в рамках ГОБМП в urgentные клиники г. Астана, а в случае отказа информирован(а) о возможности перевода в отделы клиники, оказывающих неотложную медицинскую помощь по преискуранту платных услуг указанных отделений, после предварительного согласования с Администрацией клиники и с пациентом;

8. Мне доходчиво разъяснили о деталях, этапах лечения и особенности ближайшего послеоперационного периода. На все мои вопросы я получил исчерпывающие ответы;

9. В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) 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;

10. Я могу отказаться от пребывания в клинике, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания настоящего уведомления /согласия пациента;

11. Мне объяснили необходимые процедуры, риски и преимущества, связанные с лечением, а также с отказом от лечения;

12. Я понимаю, что могу в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего лечения и если я это сделаю, то должен добровольно выписаться с клиники и мое решение не повлияет на рассмотрение ответственности клиники;

13. Подпись в настоящем уведомлении/согласии пациента является формой выражения согласия на платное лечение, отказ от бесплатного лечения и гарантирования полной оплаты за оказанные медицинские услуги.

Я получил(а) экземпляр «Уведомления/ согласия пациента».

Дюсикеева Дюсикеева Алина Айратовна - Ф.И.О. пациента или его законного представителя

10 / 1 / 2024 - год

Подпись пациента

