

Құжат түрі	ФОРМА					1 беттің 1-беті
Тағайындалуы	Қазақстан Республикасындағы «В.В.НУРА» ЖШС-ң барлық медициналық орталықтары және бөлімшелері					
Коды	ББН-VIII/01	Нөмірі	МЕД -В1/5-а	Редакция	001	
Атауы	ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУДАН АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ БАС ТАРТУЫ					
Жобаланған	Сапа менеджері	Райымбекова С.К.				
Келісілген	Операционды -клиникалық қызмет директоры	Кондратьева О.О.				
	Медициналық директор	Аубакиров М.Е.				
	Қызметкерлер менеджері	Ерекешева Г.Н.				
Қол қойылған	Бас директор	Эргезер М.Ф.				
Бекітілген	«В.В.НУРА» ЖШС Бас директорының № 14 27.03.2017 ж. бұйрығымен					
Бастап енгізілсін	01.04.2017 ж.					

**ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУДАН
АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ БАС ТАРТУЫ**

Мен, _____
(азаматтың Т.А.Ә.)
« ____ » _____ жылы туған, келесі мекен-жайда тұратын: _____

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Кодексінің 91 бабына сәйкес (21.04.2016 ж. жағдай бойынша өзгертулермен және толықтырулармен) мен (танысушы) _____ қаласында _____ стационарлық/амбулаториялық емделуден өтетінім туралы _____ (диализ орталығының атауы) _____ (қажетін сызыңыз) хабардар болдым.

Мен, өзімнің жеке сенімдеріме байланысты медициналық араласудан ерікті түрде бас тартамын _____ (медициналық араласу түрінің атауы)

маған медициналық қызметкер ұсынған _____ (емдеуші дәрігердің не болмаса медициналық көмек көрсетуге қатысушы басқа медициналық қызметкердің Т.А.Ә., лауазымы)

Маған жоғарыда белгіленген медициналық араласудан бас тартудың мүмкін салдары, соның ішінде сырқаттың (жағдайының) асқину ықтималдығы туралы түсінікті түрде түсіндірілді және мен ұғынамын. Мен аталған медициналық араласудан бас тарту салдары болуы мүмкін екендігімен ақпарат алдым

(медициналық араласудан бас тартудың мүмкін салдарының тізімі)

Мен «В.В.НУРА» ЖШС-ң қызметкері жоғарыда белгіленген медициналық араласудан бас тартудың нәтижесінде кез келген жағымсыз салдардың туындауы кезінде жауапты болмайтынын түсінемін. Маған медициналық араласудың белгілі бір түрі қажет болған кезде осы бас тарту ресімделгенге қатысты, мен осындай медициналық араласу түріне қайталап ақпараттанған ерікті келісімді ресімдеуге құқығым бар екені түсіндірілді.

1. _____ (қолы) _____ (Пациенттің Т.А.Ә.)
_____ төлқұжат, сериясы нөмірі _____ берілді
2. _____ (қолы) _____ (медициналық көмек көрсетуге қатысушы емдеуші дәрігердің не болмаса басқа медициналық қызметкердің Т.А.Ә.)
_____ төлқұжат, сериясы нөмірі _____ берілді
3. _____ (қолы) _____ (Танысушының Т.А.Ә.)
_____ төлқұжат, сериясы нөмірі _____ берілді

« ____ » _____ Ж.
(ресімделген күні)