

| | | | | | | |
|-------------------|---|------------------|-------------|----------|---|---|
| Құжат түрі | ФОРМА | | | | | 1 беттің 1-беті |
| Тағайындалуы | Қазақстан Республикасындағы «B.V.NURA» ЖШС-ң барлық медициналық орталықтары және бөлімшелері | | | | |  |
| Коды | ББН-VIII/01 | Нөмірі | МЕД -B1/6-a | Редакция | 001 | |
| Атауы | ПАЦИЕНТКЕ ҚАТЫСТЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУДАН ПАЦИЕНТТІҢ ЗАҢДЫ ӨКІЛІНІҢ 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 | «B.V.NURA» ЖШС Бас директорының № 14 27.03.20117 ж. бұйрығымен | | | | | |
| Бастап енгізілсін | 01.04.2017 ж. | | | | | |

ПАЦИЕНТКЕ ҚАТЫСТЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ АРАЛАСУДАН ПАЦИЕНТТІҢ ЗАҢДЫ ӨКІЛІНІҢ АҚПАРАТТАНҒАН ЕРІКТІ БАС ТАРТУЫ *

Мен, _____ төлқұжат _____ берілген _____ келесі мекен-жайда тұратын: _____ баланың немесе әрекет етуге қабілетсіз деп танылған тұлғаның _____ (баланың немесе әрекет етуге қабілетсіз азаматтың Т.А.Ә) заңды өкілі болып табыламын (анасы, әкесі, асыраушы, қамқорлыққа алушы, қамқоршы) _____

тек 15 жасқа толмаған тұлғалар немесе әрекет етуге қабілетсіз азаматтар үшін ғана толтырылады

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Кодексінің 91 бабына сәйкес (21.04.2016ж 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 мен заңды өкілі болып табылатын _____

(медициналық араласуд түрінің атауы)

Мен заңды өкілі болып табылатын ұсынылған тұлғаға медициналық қызметкермен _____

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

Маған жоғарыда белгіленген мен заңды өкілі болып табылатын тұлға үшін медициналық араласудан бас тартудың мүмкін салдары, соның ішінде сырқаттың (жағдайының) асқину ықтималдығы туралы түсінікті түрде түсіндірілді және мен ұғынамын.

Мен көрсеткен тұлға үшін аталған медициналық араласудан бас тарту салдары туралы ақпарат алдым: болуы мүмкін: _____

(медициналық араласудан бас тартудың мүмкін салдарының тізімі)

Мен «B.V.NURA» 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.

Маған белгіленген тәртіпте әрекетке қабілетсіз деп танылған тұлғаның заңды өкілі бола отырып, оның өмірін сақтап қалу үшін қажетті медициналық араласудан бас тарту түсіндірілді және мен оны түсінемін, медициналық ұйым осындай тұлғаның мүддесін қорғау үшін сотқа жүгінуге құқығы бар.

Маған белгіленген тәртіпте әрекетке қабілетсіз деп танылған тұлғаның заңды өкілі бола отырып, қамқорлыққа алынғанның өмірін сақтап қалу үшін осы бас тартудан келесі күннен кешіктірмей, қажетті медициналық араласудан бас тарту туралы қамқорлыққа алынушының тұрғылықты мекен-жайы бойынша қамқорлыққа алу органына хабарлауға міндетті екенім түсіндірілді және мен оны ұғынамын.

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

« _____ » _____ г.
(рәсімдеу күні)

**Медициналық араласу азаматтың немесе заңды өкілінің келісімінсіз келесі жағдайда ғана рұқсат етіледі, егер медициналық араласу адамның өміріне төнген қауіпті түзету үшін шұғыл көрсеткіштер бойынша және егер оның жағдайы өз еркін бірлдіруге мүмкіндік бермесе немесе заңды өкілі жоқ болса ғана қажет (Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі «Халық денсаулығы және халық денсаулығын сақтау жүйесі туралы» № 193-IV 94-бабы (21.04.2016 ж. жағдай бойынша толықтырулармен және өзгерістермен)*

Бірінші редакциялау күні 30.12.2016г.
соңғы редакция 20.03.2017 г. Кондратьева О.О.