

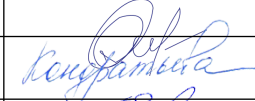

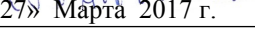


Тип документа	ФОРМА					Страница 1 из 1
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «B.B.NURA» в Республике Казахстан					
Код	ББН-VIII/01	Номер	МЕД -В1/8-а	Редакция	001	
Название	ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ.					
Разработано	Менеджер по качеству	Райымбекова С.				
Согласовано	Директор по операционно-клинической деятельности	Кондратьева О.О.				
	Медицинский директор	.Аубакиров М.Е.				
Подписано	Генеральный директор	Эргезер М.Ф.				
Утверждено	Приказом Генерального директора ТОО «B.B.NURA» №14 от «27» Марта 2017 г.					
К внедрению с	01.04.2017 г.					

## СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О НЕМ И НА ЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
ИНН \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_

### Данные законного представителя:

Я, \_\_\_\_\_,  
№ удост. личности \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина)

Я, пациент (представитель пациента)\*\*\*, даю свое согласие /отказ на предоставление информации о моем  
нужно обвести в кружок  
**пребывании в диализном центре ТОО «B.B.NURA»** непосредственно интересующимся лицам:

\_\_\_\_\_  
(имя, фамилия)

\_\_\_\_\_  
(имя, фамилия)

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента (представителя  
пациента))

\_\_\_\_\_  
(имя, фамилия, подпись ознакомившей  
медсестры)

\_\_\_\_\_  
Дата оформления

даю свое согласие/отказ на предоставление информации о моем состоянии здоровья, диагнозе,  
нужно обвести в кружок

**прогнозах и лечении во время моего пребывания в ТОО «B.B.NURA»** следующим физическим или юридическим лицам (указать имя, фамилию, название учреждения или др.):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента (представителя пациента))

\_\_\_\_\_  
(имя, фамилия, подпись ознакомившей  
медсестры)

\_\_\_\_\_  
Дата оформления

Я, пациент (представитель пациента)\*\*\*, ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка ТОО «B.B.NURA», их понял(а) и обещаю их соблюдать. Также меня ознакомили в понятной мне форме с тем, что диализный центр ТОО «B.B.NURA» являются лечебным и учебным учреждением, в котором обучающиеся студенты учатся диагностировать и распознавать болезни, а также повышают свою квалификацию, поэтому, осознавая важность и суть данного процесса, я согласен(а)/не согласен во время моего лечения

нужно обвести в кружок

участвовать в учебном процессе. Я согласен(а)/ не согласен, что в указанных целях будут анонимно

нужно обвести в кружок

**использоваться данные, связанные с лечением моего заболевания.**

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента (представителя пациента))

\_\_\_\_\_  
(имя, фамилия, подпись ознакомившей  
медсестры)

\_\_\_\_\_  
Дата оформления