**Дополнительное добровольное информированное согласие пациента на оказание медицинской помощи в ГКП «Городская поликлиника №2» на ПХВ г.Актобе о предоставлении платных медицинских услуг**

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающей(-му) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг, в доступной для меня форме доведено следующее:

1. Разъяснены мои права предусмотренные ст. 88,91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом Республики Казахстан от 04 мая 2010 года № 274- IV «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 213б «Об утверждении перечни гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» с изменениями и дополнениями Постановления Правительства РК №29 от 27.01.2014 г.
2. В соответствии с требованиями п. 3 и п. 4, ст. 91, Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения», я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и даю такое согласие.
3. Мне разъяснены мое законное право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в организациях здравоохранения Республики Казахстан, предоставляющих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
4. Мне разъяснены условия и порядок получения платных медицинских услуг. Платные медицинские услуги предоставляются по инициативе пациентов, в том числе без направления специалистов первичной медико-санитарной помощи и организаций здравоохранения, в соответствии со ст.35 Кодекса Республики Казахстан от 18ссентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».
5. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в организациях здравоохранения Республики Казахстан, предоставляющих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
6. Исполнитель уведомляет потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно оказаться на состоянии здоровья потребителя.
7. Внимательно прочитав все вышеуказанное , я подтверждаю, что мною получена исчерпывающая информация о лечении и его условиях в доступной для меня форме, я выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом.

 Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ года

Подтверждаю, что я довел(а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в организациях здравоохранения Республики Казахстан , предоставляющих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

 Подпись сотрудника поликлиники

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года