|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ/**ОТКАЗ **ПАЦИЕНТА**

**на участие в профилактической Программе «Здоровых чисел достигай!»**

      В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата рождения - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

      Находясь в МО (наименование МО) *РГП «Больница МЦ УДП РК» на ПХВ*

я даю добровольное согласие/отказываюсь (*нужное подчеркнуть*) на участие в профилактической Программе «Здоровых чисел достигай!».

     1) Я ознакомлен(а) с условиями участия в программе и обязуюсь их выполнять в полном объеме.

     2) Мною будет представлена вся информация о состоянии моего здоровья, необходимая для выбора правильной тактики участия в программе.

     3) Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) ответы в доступной форме.

Мои контакты для связи: с/т +7( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или р/т \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата и время "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

     