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

**ПАЦИЕНТТІҢ «Саламатты сандарға жет!» профилактикалық бағдарламасына қатысуға АҚПАРАТТЫҚ КЕЛІСІМІ/БАС ТАРТУЫ**

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек медициналық көмек алуға пациенттің хабардар етілген келісімі алынғаннан кейін ұсынылады)

ЖСН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Т.А.Ә. (толық) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Туған жылы - »\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*«ҚР ПІБ Медициналық орталығының ауруханасы» ШЖҚ РМК-де* «Саламатты сандарға жет!» профилактикалық бағдарламасына қатысуға ерікті түрде келісімімді беремін/бас тартамын *(қажетінің астын сызу).*

1) Бағдарламаға қатысу шарттарымен таныстым және оларды толық көлемде орындауға міндеттенемін.

2) Бағдарламаға қатысу үшін дұрыс тактиканы таңдауға денсаулығым туралы қажетті барлық ақпаратты беремін.

3) Менің кез келген сұрақты қоюға мүмкіндігім болды және барлық сұрақтарға толық жауап алдым.

Менің контактілерім: ұ.т. +7 ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ немесе

ж.т. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қолы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Күні мен уақыты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ ж. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

     