

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ТОО «PPC HOSPITAL».

В соответствии с законодательством Республики Казахстан, подтверждаю своё согласие на получение медицинских услуг в данном медицинском учреждении, для чего разрешаю проведение всех манипуляций, необходимых для моего обследования и лечения. Я информирован/а о том, что специалисты ТОО «PPC Hospital» используют все свои профессиональные навыки, опыт и теоретические знания для оказания мне квалифицированной медицинской помощи. Диагностика и лечение будут выполнены в соответствии со стандартами, утверждёнными МЗ РК и со сложившейся международной наилучшей клинической практикой.

1. В целях получения лучших результатов лечения обязуюсь представить лечащему врачу достоверную и полную информацию обо всех особенностях состояния моего здоровья, моего анамнеза (данных об истории моих заболеваний) и аллергического статуса, а также обязуюсь представить правдивые сведения о моей наследственности и употреблении психотропных веществ. Тем самым, я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и его врачей за те последствия, которые могут возникнуть при непредоставлении мной выше перечисленной информации.
2. Я извещён/на и согласен/на с тем, что используемая технология проведения исследований не исключает редкого возникновения объективных ошибочных результатов, даже при полном соблюдении правил проведения исследования; а в случаях лечения - не исключается возможность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма и течения заболевания.
3. Я понимаю, что медицинским персоналом будут предприниматься все необходимые меры для моего излечения, но гарантий относительно результатов лечения не может быть представлено по объективным причинам.
4. Я информирован/а, что медицинская организация будет в полном объёме соблюдать тайну моей медицинской информации и не будет передавать её третьим лицам, кроме случаев, оговоренных законодательством РК.
5. Мне в доступной форме разъяснены формы и порядок предоставления жалоб и предложений по качеству оказания в данном учреждении медицинской помощи.
6. Я обязуюсь соблюдать правила, установленные в ТОО «PPC Hospital». При использовании в целях моего обследования и лечения оборудования ТОО «PPC Hospital», я несу солидарную ответственность за его сохранность. В случае повреждения какого-либо компонента данного оборудования по моей вине, я обязуюсь оплатить стоимость ремонта или приобретения аналогичного оборудования.

Своей подписью я подтверждаю также, что прочитал/а и понял/а всё выше изложенное, имел/а возможность задать все интересующие меня вопросы и получил/а на них удовлетворившие меня ответы.