**Тексерілу мен емделуге ерікті ақпараттық келісім**

Теміртау қ. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ж.

Мен,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты

Туған жылы, күні «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_, тұрғылықты мекен-жайы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

азаматтың мекен-жайы, ата-анасының біреуінің мекен-жайы, немесе заңды өкілінің аты

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

ҚР Конституциясының 15, 18, 29 бабтарына және «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексінің 23 бөлімнің, 23 тараудағы 139 бабы негізінде:

1.Маған \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты) өз денсаулығы жағдайын және диагностикалық және емдік іс-шаралар қажетті сипаты түсіндірілді.

2.Дәрігерлер мен медициналық персоналға келесі диагностикалық, емдік, зерттеу әдістері, манипуляциялар және емшаралар жасауға ақпараттық келісім беремін:

А) Зертханалық талдаулар үшін қан тапсыруға, с.і. клиникалық, биохимиялық, жұқпалы гепатиттер мен инфекцияларды, жыныстық жолмен берілетін және АИТҚ инфекциялары мен т.б анықтауға;

Б) Зертханалық талдаулар жасауға сүртінді (аңқа, жатыр, үрпі және т.б.) алуға;

В) Тексерудің функционалды әдісі (электрокардиография, электрокардиограмманың тәуліктік бақылау, артериалды қысымды тәуліктік бақылау, спирография,аудиометрия,компьютерлік ретинография, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия және т.б.)

Г) Тексерудің эндоскопиялық әдістері (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия жәнет.б.).

Д) Тексерудің рентгенологиялық әдістері (флюорография, маммография, рентгенография және т.б).

Е)Ультрадыбыстық зерттеу әдістері

Ж) Парентералдық жолмен дәрі-дәрмек мен вакциналар енгізу (көктамыр, бұлшықет, тері астына, тері арқылы).

З) Физиотерапиялық ем қабылдау.

И) Хирургиялық араласулар.

К) Стоматологиялық араласулар және т.б.

3. Басқа қажетті араласулар маған қосымша айтылып түсіндіріледі.

4. Мен диагностикалық және емдік емшаралардың сипаттамасы мен мақсатын, жағымсыз әсерлерінің болуын білемін, абайсыздықтан денсаулыққа зиян келуі мүмкін,

Маған негізгі ерікті ақпараттық келісімді рәсімдеу барысында және де медициналық араласулар алдында да, медициналық араласаулардың жоғарыда көрсетілген бір немесе бірнеше түрінен бас тартуға құқығым бар екені түсіндірілді.

Маған бұл қадамнан кейінгі мүмкін болатын зардаптар да айтылды.

5. Барлық жағдайда да қояр талабым жоқ.

6. Мен, берілген құжаттың мәтінін оқыдым, мағынасы түсінікті және берілген құжаттың міндеті түсінікті. Мен медициналық араласуға келісімімді беремін.

7. Осы ерікті ақпараттық келісім тараптардың қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді және «Теміртау қаласының №1 емханасы» КМК жағдайында медициналық көмек алудың барлық мерзіміне әрекет етеді.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты, қолы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(медициналық қызметкердің А.Т.Ә., қолы)

**Тексерілу мен емделуге ерікті ақпараттық келісім**

Теміртау қ. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ж.

Мен,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты

Туған жылы, күні «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_, тұрғылықты мекен-жайы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

азаматтың мекен-жайы, ата-анасының біреуінің мекен-жайы, немесе заңды өкілінің аты

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

ҚР Конституциясының 15, 18, 29 бабтарына және «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексінің 23 бөлімнің, 23 тараудағы 139 бабы негізінде:

1.Маған \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты) өз денсаулығы жағдайын және диагностикалық және емдік іс-шаралар қажетті сипаты түсіндірілді.

2.Дәрігерлер мен медициналық персоналға келесі диагностикалық, емдік, зерттеу әдістері, манипуляциялар және емшаралар жасауға ақпараттық келісім беремін:

А) Зертханалық талдаулар үшін қан тапсыруға, с.і. клиникалық, биохимиялық, жұқпалы гепатиттер мен инфекцияларды, жыныстық жолмен берілетін және АИТҚ инфекциялары мен т.б анықтауға;

Б) Зертханалық талдаулар жасауға сүртінді (аңқа, жатыр, үрпі және т.б.) алуға;

В) Тексерудің функционалды әдісі (электрокардиография, электрокардиограмманың тәуліктік бақылау, артериалды қысымды тәуліктік бақылау, спирография,аудиометрия,компьютерлік ретинография, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия және т.б.)

Г) Тексерудің эндоскопиялық әдістері (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия жәнет.б.).

Д) Тексерудің рентгенологиялық әдістері (флюорография, маммография, рентгенография және т.б).

Е)Ультрадыбыстық зерттеу әдістері

Ж) Парентералдық жолмен дәрі-дәрмек мен вакциналар енгізу (көктамыр, бұлшықет, тері астына, тері арқылы).

З)Физиотерапиялық ем қабылдау.

И) Хирургиялық араласулар.

К) Стоматологиялық араласулар және т.б.

3. Басқа қажетті араласулар маған қосымша айтылып түсіндіріледі.

4. Мен диагностикалық және емдік емшаралардың сипаттамасы мен мақсатын, жағымсыз әсерлерінің болуын білемін, абайсыздықтан денсаулыққа зиян келуі мүмкін,

Маған негізгі ерікті ақпараттық келісімді рәсімдеу барысында және де медициналық араласулар алдында да, медициналық араласаулардың жоғарыда көрсетілген бір немесе бірнеше түрінен бас тартуға құқығым бар екені түсіндірілді.

Маған бұл қадамнан кейінгі мүмкін болатын зардаптар да айтылды.

5. Барлық жағдайда да қояр талабым жоқ.

6. Мен, берілген құжаттың мәтінін оқыдым, мағынасы түсінікті және берілген құжаттың міндеті түсінікті. Мен медициналық араласуға келісімімді беремін.

7. Осы ерікті ақпараттық келісім тараптардың қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді және «Теміртау қаласының №1 емханасы» КМК жағдайында медициналық көмек алудың барлық мерзіміне әрекет етеді.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(азаматтың А.Т.Ә., ата-анасының біреуінің аты, немесе заңды өкілінің аты, қолы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(медициналық қызметкердің А.Т.Ә., қолы)