



**Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах, оказании первичной доврачебной и медико-санитарной помощи, квалифицированной медицинской помощи**

Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель: \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

находясь в пункте приема и забора биоматериала TOO «GIO TRADE», даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

следующих процедур (отметить нужные пункты галочкой):

- Забор биоматериалов (крови, мазков и т.п.) на лабораторные исследования  ДА  НЕТ
  - Исследование приносных биоматериалов (мочи, кала и т.п.)  ДА  НЕТ
  - Проведение лечебно-диагностических мероприятий  ДА  НЕТ
- а также подтверждаю следующие контактные данные:
- Номер телефона для отправки sms-уведомлений \_\_\_\_\_
  - Адрес эл. почты для отправки результатов исследований (при необходимости) \_\_\_\_\_

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства/лечебно-диагностического мероприятия, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства/лечебно-диагностического мероприятия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью, в том числе болезненность, кровоточивость и гематомы. В таком случае я согласен(на) на применение врачами/медицинскими работниками всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача/медицинских работников обо всех проблемах и особенностях, связанных с моим здоровьем (со здоровьем и состоянием лица, законным представителем которого я являюсь), которые могут оказать влияние на достоверность результатов исследований (отметить нужные пункты галочкой):

- беременность (срок \_\_\_\_\_ недель);
- наследственность;
- аллергические проявления;
- индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;
- потребление табачных изделий;
- злоупотребление алкоголем;
- злоупотребление наркотическими средствами;
- перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;
- экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лицо, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;
- принимаемые лекарственные средства.

Подробное описание указанных выше проблем и особенностей, а также нарушенных правил подготовки к лечебно-диагностическим мероприятиям/исследованиям: \_\_\_\_\_

3. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с заказанными мною (лица, законным представителем которого я являюсь) лечебно-диагностическими мероприятиями/исследованиями, перечисленными в чеке-направлении, и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинским работникам и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

5. Я присоединяюсь и согласен(на) с условиями Публичного договора, размещенного в пунктах приема и забора биоматериала и/или на сайте [www.gio-lab.kz](http://www.gio-lab.kz), в том числе подтверждаю, что выполнил(а) все правила подготовки к лечебно-диагностическим мероприятиям/лабораторным исследованиям (за исключением нарушения правил, перечисленных мною в п. 2 настоящего документа).

6. Любую информацию о результатах заказанных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) диагностических мероприятий/лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Степень родства \_\_\_\_\_

7. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись лица, регистрирующего заявку \_\_\_\_\_

**Примечание:**

1. *Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).*

2. *Согласие на проведение инвазивного вмешательства, оказание первичной доврачебной и медико-санитарной помощи, квалифицированной медицинской помощи может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к медицинским процедурам и их прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.*