

Пациентке медициналық қызмет көрсетуге және оның денсаулығына медициналық араласу бойынша ақпараттандырылатын жазбаша ерікті келісім

Осы ерікті келісім Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексіне сәйкес жасалған.

1. Мен Astana Vision көз клиникаларының желісінің медициналық персоналына келесі медициналық шараларды орындауға келісім беремін:

- құрамына көру органының анатомиялық параметрлерін тексеруге арналған шаралар, физикалық параметрлер мен функционалдық көрсеткіштердің диагностикалық тексеруі мен одан кейінгі нәтижелер бойынша сенімді нақты диагноз қою және емдеу/бақылау тактикасын анықтауға арналған дәрігердің кеңесі.

2. Мен, диагностикалық тексеру кезінде көз қарашығын ұлғайтатын тамшылар тамызылатындығы жөнінде және оның әсерінен көру өткірлігінің төмендеуі мен уақытша көлік құралдарын жүргізе алмайтындығым туралы ақпараттандырылғанмын.

3. Дәрігердің кеңесі мен диагностикалық тексеру 1,5 - 2 сағат уақыт алатындығы туралы ақпарат берілді.

4. Науқастың көзінде сфералық компонент бойынша 1,50 дптр ден асатын анизометропия (көз арасындағы рефракцияның айырмашылығы) немесе 1,50 дптр көлемінен асатын астигматизм болған жағдайды, жұмсақ жанаспалы линза мен көзәйнек таңдау ақылы түрде жүзеге асады. Көзәйнек таңдау және ақылы түрдегі күрделі көзәнектерді таңдау тек қарашықты ұлғайтатын препараттардың әсерінің аяқталғаннан кейін, клиниканың белгіленген күнінен және біріншілік тексеріс уақытынан 1 ай төңірегінде ғана жүзеге асады.

5. Дәрігерге диагностикалық тексерудің алдында денсаулығыммен байланысты барлық мәселелерді, а аллергиялық белгілер немесе дәрілік және диагностикалық құралдарға жеке төзімсіздік туралы, сондай-ақ диагностикалық тексеруге дейін және кейін алкогольдік немесе есірткілік препараттарды қолданғаным туралы айтуға міндетті екенімді білемін. Сонымен қатар, емдеуші және кезекші дәрігерлердің келісімінсіз емдеу жоспарын өзгертпеуге келісімімді беремін.

6. Маған, кейбір контактты тексеру әдістерін жасау барысында көздің қабығы мен конъюнктивасына уақытша қайтымды зақым келтіру мүмкін екені және диагностикалық тексеру нәтижесінде уақытша еңбекке жарамсыздықтың болуы мүмкін екендігі ескерілді. Медициналық араласуға қатысты қажетті түсініктемелерді толық көлемде алдым, сонымен қатар хирургиялық емдеуге әкеп соғуы мүмкін медициналық араласудың барлық мүмкін қауіптері, асқынуы және салдарлары туралы ақпарат алдым. Жоғарыдағы медициналық шаралардың, оған қатысты қауіптердің, уақытша еңбекке жарамсыздықты қоса алғанда, мүмкін асқынулар мен салдарларының, мазмұны маған белгілі.

7. Тексеру жүргізу кезінде қолданылатын құралдардың өлшеу нақтылығының технологиялық шектері барын, олар көру органдарының параметрлерін белгілеу кезінде қателіктердің болуы мүмкін екендігін түсінемін.

8. Менің көру органдарыммен байланысты ауруымды емдеуге медициналық көмек көрсететін басқа да медициналық мекемелер, сонымен бірге емдеудің балама әдістері бар екендігі туралы ақпарат алдым. Сонымен қатар медициналық араласудың осы түрінің нәтижесі болуы мүмкін офтольмологиялық емдеу жүргізу кезіндегі артықшылықтарды, сонымен қатар мүмкін қауіптер мен асқынулардың болуы мүмкін екенін түсінемін.

9. Осы құжатқа қол қоя отырып және қызметтің құнын кассада төлей отырып жекешелендірілген сипаттағы мәліметтерді ұсынуға және менің жеке мәліметтерімді өңдеуге келісім беремін.

10. Маған, дәрігерге өзімнің ауруым, емдеу шаралары мен медициналық араласу бойынша және оның нәтижесі мен емдеуден кейінгі асқынулар бойынша сұрақтар қоюға мүмкіндік берілетін туралы түсіндірілді. Маған осы Шарт аясында бастапқы қарап-тексеру күнінен бастап тексерудің өзектілігі мерзімі ішінде тағайындалған емге қатысты сұрақтар туындаған жағдайда қосымша 1 тегін кеңес алуға құқығым бар екені айтылды. Тексеру нәтижелері 1 айдан 3 айға дейін жарамды және пациенттің үзінді көшірмесінде көрсетіледі.

11. Мен осы құжаттың шарттарымен таныстым және Astana Vision көз клиникаларының желілеріне ақылы медициналық қызмет көрсетуіне келісім беремін. Осы келісімге қол қою кезінде қабілетім шектелмегенін, қол қоятын келісімнің мәнін түсінуге кедергі келтіруі мүмкін аурулармен ауырмайтынымды растаймын, сонымен бірге қателестіруге, алдауға, зорлық көрсетуге, қауіп төндіруге, арам ниетті келісімге немесе ауыр жағдайлардың тоғысуына тап болмағанымды растаймын. Осы құжаттың мазмұны оқығандығым және оның маған түсінікті екендігі мен келісетінімді өзімнің қолыммен растаймын.

