АҚЫЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР КӨРСЕТУГЕ АРНАЛҒАН ШАРТ

ҚР ДСМ 2020 жылғы 29 қазандағы № ҚР ДСМ-170/2020 бұйрығына сәйкес

Алматы қ. «____» _____ 2026ж.

Пациент (Тапсырыс беруші) (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса):

_____, ЖСН _____,

Құжат: _____ № _____, телефоны: _____, мекенжайы:_____

_____

Пациенттің өкілі (бар болса): _____, ЖСН _____, негіздеме:

_____

Жеткізуші: **«ALASH медициналық орталығы» ЖШС, БСН 231040019535, мекенжайы: Алматы қ., Е. Серкебаев даңғ., №79,** Жарғы/сенімхат негізінде әрекет ететін директор/уәкілетті тұлға **М.С. Қайназар** тұлғасында осы Шартты жасасты.

1. Мәні. Жеткізуші Пациентке Шарттың бір бөлігі болып табылатын баға тізбесі мен тапсырыс құжатына (шот/чек/бағыт) сәйкес таңдалған ақылы медициналық қызметтерді көрсетеді. Қызмет:

_____. Құны: _____ теңге. Мерзімі: _____.

2. Ақы төлеу. Ақы төлеу нақты көрсетілген қызметтер бойынша жүргізіледі. Жалпы соманың 80%-ынан аспайтын аванспқа жол беріледі, қалдығы қызмет көрсету аяқталғаннан кейін төленеді. Төлем фискалдық чекпен/өзге де заңды құжатпен расталады. Қосымша ақылы қызметтер Пациенттің келісімімен көрсетіледі және қосымша келісіммен/тапсырыспен ресімделеді. Мерзімінен бұрын тоқтату кезінде Пациент Шартты бұзған жағдайларды қоспағанда, төленген сома мен нақты көрсетілген қызметтердің құны арасындағы айырма қайтарылады.

3. Жеткізуші міндетті: клиникалық хаттамалар бойынша, ал олар болмаған кезде – жалпы қабылданған тәсілдерге және көрсетілімдер бойынша дәлелді медицина базасына сәйкес қызметтер көрсетуге; Тапсырыс берушінің нәтижеге барынша қанағаттануы үшін шаралар қолдануға; қызмет, оның құны мен талаптары туралы хабардар етуге; көрсетілген қызметтерге қатысты заңнамада көзделген медициналық және қаржылық құжаттаманы Пациентке ұсынуға; дәрігерлік құпияны және дербес деректердің қорғалуын сақтауға; өмірге төнген қатерді жою үшін шұғыл көрсетілімдер бойынша ақы алмай қосымша қызметтер көрсетуге; жағдайлар болмаған кезде Шарт бойынша келісілген қызметті басқа ұйымда ұйымдастыруға және ақысын төлеуге; көрсетілген медициналық қызметтердің түрлері мен көлемін көрсете отырып, Қазақстан Республикасының салық заңнамасында көзделген жағдайларда және мерзімдерде шот-фактураны ұсынуға.

4. Пациент міндетті: денсаулығы, аурулары, аллергиялары, препараттары және қарсы көрсетілімдері туралы шынайы мәліметтерді хабарлауға; клиниканың ұсынымдарын, қағидалары мен режимін сақтауға; қызметтерге уақтылы ақы төлеуге; жоспарланған қызметтен бас тарту туралы бір күннен кешіктірмей хабарлауға.

5. Тараптардың құқықтары. Тапсырыс беруші ақылы қызметтер көрсететін дәрігерлер арасынан емдеуші дәрігерді таңдауға және ҚР ДСМ 03.12.2020 № ҚР ДСМ-230/2020 бұйрығы бойынша емдеу сапасы мен тағайындаулардың негізділігіне сараптама жүргізуді талап етуге құқылы. Тапсырыс беруші Шарттың қағидаларын бұзған кезде, егер бұл өмірге қауіп төндірмесе, Жеткізуші жоспарлы емдеуді мерзімінен бұрын тоқтатуға құқылы.

6. Пациенттің келісімі. Шартқа қол қою арқылы Пациент ақылы қызметті өз еркімен таңдағанын, оның атауымен және құнымен танысқанын, сұрақтарға жауап алғанын және оны төлеуге келісетінін растайды. Осы Шарт, егер заңнамада немесе қызмет сипатында талап етілсе, медициналық араласуға жеке хабардар етілген келісімді алмастырмайды.

7. Жауапкершілік және даулар. Жеткізуші қызметтердің тиісті емес көлемі мен сапасы үшін; ТМККК-ге және/немесе МӘМС-ке кіретін қызметтерге ақы алу үшін (ҚР ӘҚБК 424-б. 2-т.); Тапсырыс беруші мен бюджет есебінен бір қызметке екі есе ақы төлеу үшін жауап береді. Тапсырыс беруші нақты көрсетілген қызметтердің құнын уақтылы өтемегені үшін жауап береді. Төлеу тәртібі мен мерзімдері бұзылған кезде әрбір кешіктірілген күн үшін Шарт сомасының ____% тұрақсыздық айыбы ұсталады. Өзге жауапкершілік және дауларды шешу – ҚР заңнамасы бойынша.

8. Форс-мажор. Тараптар соғыс әрекеттерін, табиғи және дүлей апаттарды қоса алғанда, күтпеген сипаттағы бақыланбайтын оқиғалардың салдарынан орындалмағаны үшін жауап бермейді. Жеткізуші бір жұмыс күні ішінде Тапсырыс берушіні мән-жайлар мен себептер туралы жазбаша хабардар етеді, мүмкін болатын орындауды жалғастырады және өзге жазбаша нұсқаулықтар алынбаса, баламалы тәсілдерді іздейді.

9. Мерзімі және тоқтатылуы. Шарт қол қойылғаннан бастап міндеттемелер толық орындалғанға дейін қолданылады. Өзгерістер мен бұзуға Тараптардың жазбаша келісімі және ҚР заңнамасының негіздері бойынша жол беріледі; шұғыл жағдайларды қоспағанда, Тарап екінші Тарапты кемінде 3 жұмыс күні бұрын хабардар етеді. Шарт қағаз немесе электрондық түрде екі данада/электрондық дананы ұсына отырып жасалады.

10. Өзге де талаптар. Міндеттемелерді үшінші тұлғаға беруге Тараптардың жазбаша келісімімен ғана жол беріледі. Қызметтердің тізбесі мен көлемі тапсырыс құжатымен анықталады; қосымша қызметтер мен олардың құны көрсетілгенге дейін келісіледі. Шарт міндеттемелер толық орындалғанға дейін қолданылады, заңды күші бірдей екі данада не электрондық түрде жасалады. Барлық даулы мәселелер мен реттелмеген жағдайлар ҚР азаматтық заңнамасы бойынша шешіледі.

Растау: талаптар оқылды және түсінікті; Шарттың данасы электрондық нысанда алынды немесе қолжетімді.

ПАЦИЕНТ / ТАПСЫРЫС БЕРУШІ	**ЖЕТКІЗУШІ**
пациенттің/өкілдің Т.А.Ә. _____	«ALASH медициналық орталығы» ЖШС БСН 231040019535 Мекенжай; Алматы қаласы, Серкібаев көшесі, 79 үй
Қолы _____	Директор _____ / қолы

ДЕРБЕС МЕДИЦИНАЛЫҚ ДЕРЕКТЕР МЕН ДЕРБЕС ДЕРЕКТЕРДІ ЖИНАУҒА ЖӘНЕ ӨҢДЕУГЕ КЕЛІСІМ

Мен, _____ , ЖСН _____,
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))
пациент/пациенттің заңды өкілі бола отырып _____,
(керегінің астын сызыңыз) *(пациенттің тегін, атын, әкесінің атын көрсетіңіз)*
осы арқылы дербес деректер базасының меншік иесі және/немесе операторы болып табылатын **«ALASH медициналық орталығы» ЖШС-не, БСН 231040019535** (бұдан әрі – Клиника) менің дербес деректерімді және дербес медициналық деректерімді немесе мен заңды өкілі болып табылатын адамның деректерін жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Жинау және өңдеу мақсаттары: пациентті сәйкестендіру; медициналық қызметтер көрсетуге шарт жасасу және орындау; медициналық көмекті ұйымдастыру, көрсету және құжаттандыру; медициналық құжаттаманы жүргізу; тексерулер мен емдеу жүргізу; зерттеулер нәтижелерін өңдеу; есеп айырысуды жүзеге асыру; пациентті медициналық қызметтер көрсету мәселелері бойынша хабардар ету; медициналық қызметтің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау; Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын орындау.

Деректер тізбесі: Т.А.Ә., ЖСН, туған күні, жеке басын куәландыратын құжаттың мәліметтері, мекенжайы, байланыс деректері, заңды өкілі туралы мәліметтер, ақы төлеу туралы мәліметтер, сондай-ақ дербес медициналық деректер, оның ішінде денсаулық жағдайы, диагноздары, тексерулер мен зерттеулер нәтижелері, тағайындаулар, медициналық араласулар және көрсетілген медициналық қызметтер туралы мәліметтер**.**

Көрсетілген деректерді аталған мақсаттарға қол жеткізу үшін және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда қажетті көлемде **жинауға, жазуға, жүйелеуге, жинақтауға, сақтауға, нақтылауға, пайдалануға, шығарып алуға, беруге, иесіздендіруге, бұғаттауға, алып тастауға және жоюға** келісім беремін.

Деректерді медициналық ұйымдарға, зертханаларға, диагностикалық орталықтарға, медицина қызметкерлеріне, ақпараттық жүйелер операторларына, техникалық мердігерлерге, байланыс ұйымдарына және мемлекеттік органдарға Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда және тәртіппен беруге жол беріледі.

Дербес деректерді трансшекаралық беру: жүзеге асырылады/жүзеге асырылмайды (керегінің астын сызыңыз).

Келісім медициналық және өзге де құжаттаманы сақтаудың заңнамада белгіленген мерзімдерін қоса алғанда, өңдеу мақсаттарына қол жеткізу үшін қажетті мерзім ішінде қолданылады. Мен Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген тәртіппен және шектеулерді ескере отырып, осы келісімді кері қайтарып алу құқығы туралы хабардар етілдім.

Осы келісім менің дербес деректерімді, фотосуреттерімді, аудио-, бейнематериалдарымды не медициналық деректерімді жалпыға қолжетімді дереккөздерде **жариялауға немесе таратуға келісім болып табылмайды**.

Дербес деректерді өңдеудің мақсаттары, көлемі мен талаптары маған түсінікті екенін растаймын.

Пациент/заңды өкілі:

_____, **ЖСН** _____,
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Қолы: _____ **Күні: 2026 жылғы «____» _____.**

ИНВАЗИЯЛЫҚ АРАЛАСУЛАР КЕЗІНДЕГІ ПАЦИЕНТТІҢ ЖАЗБАША ЕРІКТІ КЕЛІСІМІ

ҚР ДСМ 2015 жылғы 20 мамырдағы №364 бұйрығына сәйкес

Мен, (*астын сызыңыз*) пациент/заңды өкілі:

_____,
(пациенттің/заңды өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

осында бола отырып _____
(медициналық ұйымның атауы)

маған/мен заңды өкілі болып табылатын адамға (астын сызыңыз:

_____
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні)

келесі емшараны жүргізуге келісім беремін: _____
(емшараның атауын көрсетіңіз)

1. Мен жоспарланған инвазиялық араласудың мақсаттары, сипаты, қолайсыз әсерлері туралы хабардармын, барлық дайындық және ілеспе ықтимал анестезиологиялық іс-шаралармен, сондай-ақ қажетті жанама араласулармен келісемін. Маған инвазиялық араласу кезінде күтпеген жағдайлар, тәуекелдер мен асқынулар туындауы мүмкін екендігі ескертілді және бұл жүрек-қан тамыры, жүйке, тыныс алу және ағзаның басқа да тіршілік ету жүйелері жағынан бұзылуларды қамтуы мүмкін екенін, бұл денсаулыққа әдейі емес зиян келтірумен байланысты екенін түсінемін. Мұндай жағдайда мен дәрігерлердің жоғарыда көрсетілген асқынуларды жоюға бағытталған емдеудің барлық әдістерін қолдануына келісемін.

2. Мен дәрігерді менің денсаулығыма (мен заңды өкілі болып табылатын адамның денсаулығына) қатысты барлық проблемалар: тұқым қуалаушылық; аллергиялық көріністер; дәрілік препараттар мен тамақ өнімдеріне жеке төзбеушілік; темекі өнімдерін тұтыну; алкогольді теріс пайдалану; есірткі құралдарын теріс пайдалану; бастан кешкен жарақаттар, операциялар, аурулар, анестезиологиялық құралдар; тіршілік әрекеті кезінде маған (мен заңды өкілі болып табылатын адамдарға) әсер ететін физикалық, химиялық немесе биологиялық табиғаттың экологиялық және өндірістік факторлары; қабылдап жүрген дәрілік заттар туралы хабардар етемін.

3. Мен дәрігерге кез келген сұрақтар қою мүмкіндігіне ие болдым және барлық сұрақтарға толық жауап алдым.

4. Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін.

Өтініш берушінің қолы: _____ (пациент/заңды өкілі)
Толтырылған күні: _____/_____/20___ ж.

Дәрігер: _____(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Қолы: _____

Ескертпе:
1. Инвазиялық араласу – ағзаның табиғи сыртқы тосқауылдары (тері, шырышты қабықтар) арқылы енумен байланысты медициналық емшара (инъекция, диагностикалық емшара, хирургиялық операция және т.б.).
2. Медицина қызметкерлері өмірлік көрсетілімдері бойынша инвазиялық араласуға кірісіп кеткен және пациенттің өмірі мен денсаулығына қатер төнуіне байланысты оны тоқтату немесе қайтару мүмкін болмаған жағдайларды қоспағанда, инвазиялық араласуды жүргізуге келісімді кері қайтарып алуға болады.