

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на предоставление платных дистанционных медицинских услуг

Я, являясь Пациентом (либо законным представителем Пациента), совершая акцепт Договора публичной оферты ТОО «Almaty Sema Hospital» (далее — Клиника) на интернет-ресурсе <https://semahospital.kz>, подтверждаю, что в соответствии со статьей 134 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» даю свое добровольное, осознанное и информированное согласие на получение дистанционной медицинской услуги (консультации врача) на следующих условиях:

1. Я понимаю, что дистанционная медицинская услуга оказывается в формате аудиовизуального контакта (видеосвязь в приложении WhatsApp) либо в режиме отложенной консультации, и представляет собой дистанционное взаимодействие между врачом Клиники и мной.
2. Я уведомлен и подтверждаю, что дистанционная медицинская услуга оказывается мне на платной основе согласно действующему прейскуранту Клиники, размещенному на сайте Клиники. Мне в доступной форме разъяснено мое право на получение медицинской помощи бесплатно в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Несмотря на наличие бесплатной альтернативы, я заявляю, что сознательно, добровольно выбрал получение дистанционной медицинской услуги в Клинике на платной основе.
2. Я осознаю, что дистанционный формат имеет объективные ограничения, так как врач лишен возможности провести очный физикальный осмотр (пальпацию, перкуссию, аускультацию и т.д.). В связи с этим диагноз и тактика лечения определяются врачом на основании предоставленных мною электронных документов, анамнеза (моих жалоб) и визуальных данных.
3. Я обязуюсь предоставить врачу полную, достоверную и актуальную информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных средств, а также предоставить четкие, читаемые электронные копии результатов анализов и диагностических исследований (при их наличии).
4. Я соглашаюсь пройти процедуру обязательной идентификации в начале видеозвонка, предъявив врачу на камеру документ, удостоверяющий личность (для несовершеннолетних — документ ребенка и законного представителя). Я уведомлен, что в случае отказа от идентификации услуга не оказывается.
4. Я принимаю на себя ответственность за обеспечение технической стороны связи (наличие стабильного Интернета, исправной камеры и микрофона в приложении WhatsApp на моем устройстве).
5. Я предупрежден(а) о том, что в случае выявления во время дистанционной консультации симптомов и состояний, угрожающих жизни и требующих неотложной помощи, врач Клиники обязан немедленно рекомендовать мне прервать консультацию и вызвать бригаду скорой медицинской помощи (по телефону 103).
4. Я понимаю, что врач имеет право отказать в постановке окончательного диагноза или назначении лечения дистанционно, если предоставленных данных недостаточно, и направить меня на очную консультацию.
5. Я даю согласие на то, что электронные записи, текстовые сообщения и материалы исследований, полученные в ходе консультации, будут задокументированы, внесены в информационную систему Клиники и в мой электронный паспорт здоровья с использованием ЭЦП врача в соответствии с законодательством РК.
6. Я даю согласие на получение официального медицинского заключения (рекомендаций, рецептов) в электронной форме на указанный мной адрес электронной почты и/или на мой номер телефона в мессенджере WhatsApp.

*Проставление Пациентом отметки («галочки») в поле «Я согласен с условиями Информированного добровольного согласия» на сайте Клиники совместно с фактом произведения предварительной оплаты услуги признается Сторонами аналогом собственноручной подписи Пациента и является официальным электронным документом, подтверждающим предоставление настоящего Информированного согласия.*