

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий
(далее – телемедицинская консультация)

1. Я, _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу:

- а) моей болезни
- б) болезни _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет, недееспособного)

представляемого мной на основании _____

(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

3. Я добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации/консилиума специалистами ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России.

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, проинформирован о возможных рисках и положительных результатах телемедицинской консультации.

5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решениям моего лечащего врача.

6. Я даю согласие на передачу данных о моей болезни (включая фото- и видеозаписи, отражающие клинические проявления заболевания), записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен _____

(лечащий врач, заведующий отделением ЛПУ, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями незаинтересованных свидетелей.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)