

**Информированное добровольное согласие
на проведение дистанционной консультации
с применением телемедицинских технологий**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина - полностью)
« » г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение дистанционной консультации с применением телемедицинских технологий (далее – консультаций) в:

**Обществе с ограниченной ответственностью «Центр Современной
Кардиологии»
(наименование медицинской организации)**

Раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина - полностью)
паспорт: _____

(серия, номер паспорта)
выдан: _____

(дата выдачи, наименование органа, выдавшего паспорт)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун,
попечитель) ребенка или лица
признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. лица, не достигшего 15 лет, или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в
доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

а) консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

- профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;
- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

б) при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления им диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации);

в) дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что проведение консультаций осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

Я проинформирован(а), что результатом консультации является медицинское заключение или, при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о коррективке ранее назначенного лечения в медицинской документации

лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

Мне разъяснено, что материалы, полученные по результатам консультации, подлежат хранению в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Предоставление мне документации (их копий) и выписок из них осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н, законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение консультации с применением телемедицинских технологий.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям,
гражданам: _____

(Ф.И.О. – полностью)

(серия, номер паспорта, дата выдачи и наименование органа выдавшего паспорт)

Дата «___» _____ 20 ___ г.

(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя - полностью)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника— полностью)