

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение телемедицинской консультации

1. Я, _____ нижеподписавшийся _____ (аяся),

_____ (Ф.И.О. пациента / законного представителя (родители, усыновители, опекуны) настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. № 5487-1, 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, недееспособного)

Представляемого мной на основании _____

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

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

3. Добровольно в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. № 5487-1 даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации.

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск связанный с возможной утечкой информации.

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. Не возражаю против передачи данных о моей болезни, 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 моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« ____ » _____ 201 ____ 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)

_____ по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)

« ____ » _____ 201 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников ЛПУ.

« ____ » _____ 201 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 201 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)