

Приложение к порядку

**Информированное добровольное согласие
на проведение телемедицинской врачебной консультации**

1. Я нижеподписавшийся(аяся), _____
 (Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны)
 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, 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. Добровольно, в соответствии со 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.

4. Я понимаю необходимость проведения 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 решению 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 и расшифровка подписи пациента или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен _____
 лечащий врач, заведующий отделением медицинской организации, 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 (с расшифровкой)
 медицинских сотрудников медицинской организации.

_____ / _____
 " _____ " _____ 201_ г.

_____ / _____
 " _____ " _____ 201_ г.