

Приложение 3
к Положению об организации
оказания медицинской помощи с
применением телемедицинских
технологий в ОГБУЗ ИОКТБ,
утвержденному приказом
ОГБУЗ ИОКТБ от 26.01.2021г. №13

Информированное добровольное согласие
на проведение телемедицинской консультации

1. Я, _____

(Ф.И.О. пациента или законного представителя (родителя, усыновителя, опекуны)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 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 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю ОГБУЗ ИОКТБ 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 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.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись пациента (Расшифровка подписи) или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен (лечащий врач, заведующий отделением, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении) по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись)

(Расшифровка подписи)

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

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись)

(Расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись)

(Расшифровка подписи)