

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Областная детская клиническая больница»
Областной центр детской эндокринологии
Россия, 620014, г. Екатеринбург, ул. 8 марта, 1; тел: (343) 231-95-95
[http:// www.odkb.ru](http://www.odkb.ru); e-mail: ODKB-ENDO@mis66.ru

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство с применением телемедицинских технологий

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

✓ _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.20 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 _____

(ФИО 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 № 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.

✓ «__» _____ 20__ 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)

Прошу ознакомить меня с результатами телемедицинской консультации (ТМК) посредством (ВЫБРАТЬ):

моего личного визита в медицинскую организацию по месту жительства для ознакомления с электронным протоколом ТМК в составе медицинской документации, который направляется в адрес медицинской организации по защищенным каналам связи без риска разглашения врачебной тайны и персональных данных;

посредством направления в мой адрес электронного протокола ТМК по указанному ниже адресу моей электронной почты: _____

О рисках и негативных последствиях, связанных с направлением сведений по незащищенным каналам связи, составляющих врачебную тайну и персональные данные, осознаю и принимаю на себя.

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