Приложение №3

к приказу ГБУЗ «ИОКБ»

№ 1191 от 08.10.2019г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ 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 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://docs.cntd.ru/document/902312609),

согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения дистанционной 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 дистанционной 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"](http://docs.cntd.ru/document/902312609) даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) дистанционной консультации.

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

5. Я осознаю, что полученные в результате дистанционной 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 дистанционной 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. |  | / | |
| (дата) | | | | | | (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).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **“** |  | **“** |  | 20 |  | г. |  | / | |
| (дата) | | | | | | (подпись) | | | (расшифровка подписи) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **“** |  | **“** |  | 20 |  | г. |  | / | |
| (дата) | | | | | | (подпись) | | | (расшифровка подписи) |
| **“** |  | **“** |  | 20 |  | г. |  | / | |
| (дата) | | | | | | (подпись) | | | (расшифровка подписи) |