

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

_____ года рождения, проживающая по адресу: _____

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

_____ (адрес)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

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 (представляемого) воли, в доступной для меня (представляемого) форме, проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу:

а) моей (представляемого) болезни

б) болезни моего (представляемого) ребенка

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

Я (представляемый) получил(а) полные и понятные мне (представляемому) разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной (представляемым) вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

Я (представляемый) добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие на проведение мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку телемедицинской консультации.

Я (представляемый) понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск связанный с возможной утечкой информации.

Я (представляемый) осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей (представляемого), моего (представляемого) ребенка болезни будет осуществляться по решению лечащего врача.

Я (представляемый) не возражаю против передачи данных о моей (представляемого), моего (представляемого) ребенка 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.

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я (представляемый) подтверждаю свое согласие на обработку моих (представляемого), моего (представляемого) ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего (представляемого), моего (представляемого) ребенка здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Кроме того, мне (представляемому) были разъяснены последствия отказа от проведения

телемедицинской консультации.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку проведение телемедицинской консультации. В случае отказа от проведения телемедицинской консультации всю ответственность за исход беру на себя.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение телемедицинской консультации. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку, вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Пациент (законный представитель) _____ «__» __ 20__ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированной телемедицинской консультации и расписался в моем присутствии:

Врач _____ «__» __ 20__ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: «__» __ 20__ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента/законного представителя ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания/отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные представители пациента или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть).

Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: «__» __ 20__ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)