

Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств при проведении телемедицинской консультации в электронном виде

Я, _____, правоспособное и дееспособное физическое лицо, достигшее возраста пятнадцати лет, настоящим даю информированное добровольное согласие на указанные ниже виды медицинских вмешательств, в том числе виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе лечащего врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н (далее – Перечень), для получения мной/лицом, представителем которого я являюсь, письменной или устной медицинской консультации, носящей рекомендательный характер, без постановки диагноза, в соответствии с условиями, действующими в выбранной мною медицинской организации.

Подписанием настоящего добровольного информированного согласия я подтверждаю, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

-профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;

-принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме. Я понимаю, что предоставление врачу недостоверной информации, в отношении себя или лица, законным представителем которого я являюсь, о состоянии здоровья или ее скрытие, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и результатах телемедицинской консультации. Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации, а также относительно назначения данного документа.

Пациент:

[Empty rectangular box]

(дата и подпись (электронная подпись))

Медицинский работник:

[Empty rectangular box]

(дата и подпись (электронная подпись))