

Информированное добровольное согласие на проведение консультации с применением телемедицинских технологий

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)
« _____ » _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение мне консультации с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация) в ФГБОУ ВО «Южно-уральский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации медицинским работником: _____

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

Подписанием настоящего добровольного информированного согласия я подтверждаю, что мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:
- 1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
 - 2) 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 вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.

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 несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего 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.

Пациент:

(дата и подпись (электронная подпись))

Медицинский работник:

(дата и подпись (электронная подпись))