

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на консультацию с применением
телемедицинских технологий**

Я, нижеподписавшийся(аяся)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного
представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16
лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше
16 лет)

года рождения, настоящим подтверждаю то,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в
возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего
больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

что проинформирован(а)

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного Приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н

я, являясь Пользователем сервиса телемедицинская консультация на сайте бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Детская городская поликлиника № 1» (далее - Учреждение) в сети Интернет, настоящим даю информированное добровольное согласие на консультацию с применением телемедицинских технологий, в том числе опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза.

Подписав настоящий документ, я подтверждаю, что на сайте Учреждения в сети Интернет в доступной для меня форме предоставлена информация о целях консультации с применением телемедицинских технологий, о предполагаемых результатах консультации с применением телемедицинских технологий.

Я ознакомлен(а) с размещенной информацией и мне понятно, что:

- медицинское вмешательство в виде консультации может осуществляться с применением телемедицинских технологий в порядке, установленном действующим законодательством;

- консультирование с применением телемедицинских технологий не являются аналогом или заменой очной врачебной консультации (поскольку, не видя больного, невозможно поставить правильный диагноз, назначить адекватное, обоснованное и эффективное лечение);

- консультирование не предназначено для решения проблем при экстренных и неотложных состояниях. В случае возникновения жизнеугрожающих ситуаций мне следует немедленно в установленном порядке обратиться за скорой медицинской помощью;

- при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий могут быть даны рекомендации о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации);

- только по описанным мною симптомам или важным (на мой взгляд) проявлениям заболевания невозможно составить истинную картину;

- по результатам проведенной специалистом Учреждения консультации, соответствующее заключение будет направлено мне в электронном виде, либо мне будет обеспечен дистанционный доступ к соответствующим результатам в сервисе Личный кабинет на сайте Учреждения в сети Интернет.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от консультации с применением телемедицинских технологий и (или) потребовать ее прекращения.

Я не возражаю против записи хода медицинского вмешательства на информационные носители и использования ее в исследовательских, научных, обучающих, статистических целях, а также с целью для контроля качества и безопасности медицинской деятельности при условии, что использование будет осуществлено с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Подписание настоящего информированного добровольного согласия осуществляется мной осознанно и добровольно.

Я согласен(на) с тем, что текст настоящего информированного добровольного согласия, хранится в электронном виде в базе данных или на бумажном носителе и подтверждает факт

информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в соответствии с вышеизложенными положениями.

Идентификация и аутентификация Пользователя осуществлена с использованием единой системы идентификации и аутентификации через сервис Личный кабинет и портал Госуслуги. Настоящее информированное добровольное согласие подписано простой электронной подписью Пользователя.

Я, нижеподписавшийся (аяся)¹

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата:

Подпись
