

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением телемедицинских технологий
(консультация врача)**

Пациент _____

(ФИО полностью, дата рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Законный представитель пациента: _____ (ФИО полностью, дата рождения)

Я проинформирован(а) в доступной форме для меня форме о целях, методах оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (консультация или консилиум), связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о ее последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я проинформирован(а) о том, что медицинское вмешательство проводится в режиме дистанционного взаимодействия врача с пациентом только при условии установления врачом диагноза и назначения лечения пациенту по данному обращению на очном приеме.

Я проинформирован(а), что целью медицинского вмешательства может являться коррекция врачом ранее назначенного лечения пациенту на очном приеме, в том числе врач при необходимости может формировать рецепты на лекарственные препараты в форме электронного документа.

Я проинформирован(а), что результатом медицинского вмешательства является соответствующим образом оформленное медицинское заключение, в том числе в форме электронного документа.

Я обязуюсь поставить в известность о наличии у меня в анамнезе заболеваний, аллергических реакций и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (Пациентом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (Пациента) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинским учреждением, о правах и обязанностях пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в **ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России** (ОГРН 1027700267737, ИНН 7704032379, юридический адрес: Российская Федерация, 119034, г. Москва, Кропоткинский пер. д.23), а также информацию о медицинском учреждении, осуществляющим медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна, а также на официальном сайте медицинского учреждения www.serbsky.ru

Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление. Я ознакомлен(а) с положениями приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

При подписании этого документа, последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), мог(ла) задать все интересующие меня вопросы, осознаю возможные риски, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, и даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства с применением телемедицинских технологий.

(подпись)

(ФИО (при наличии) гражданина или его законного представителя)

(подпись)

(ФИО (при наличии) медицинского работника)

« » _____ 20 г.