

Информированное добровольное согласие на консультацию врача с применением телемедицинских технологий

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ Паспорт _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
--

предоставляю ООО «Медикал Клуб Консилиум» (далее – «Клиника») информированное добровольное согласие на проведение консультаций (приемов, осмотров) врачей Клиники с применением телемедицинских технологий, включая, но не ограничиваясь, опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза и назначение лекарственных средств.

Медицинским работником 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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от консультации (приема, осмотра) врача или потребовать его прекращения.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дистанционное взаимодействие осуществляется посредством аудио и видеосвязи, передачи электронных сообщений. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен, что в отсутствие очного приема врача консультация с помощью телемедицинских технологий не подразумевает установку диагноза и назначения лечения.

Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер и что дальнейшее ведение случая болезни будет осуществляться по решениям лечащего врача.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оказание медицинских услуг в предложенном объеме.

(подпись) _____ (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ Г.
(дата оформления)