

**Информированное добровольное согласие
на консультацию врача с применением телемедицинских технологий**

Я,

ФИО пациента и ФИО законного представителя (если применимо)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

предоставляю АО «Медицина» (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 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.