ООО "Клиника Санитас на Восходе" 630102, Новосибирская область, г. Новосибирск, улица Восход, д 28 тел. 8(383)373-00-03 e-mail: voshod@sanitas.ru
Лицензия № Л041-01125-54/01070255 от 22.02.2024 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
_____. рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина)

Именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент»,

Этот раздел согласия заполняется при оказании медицинских услуг лицам, не достигших возраста 15 лет, или недееспособным гражданам:
Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)
«____» _____ _____ г. рождения, являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка, не достигшего 15 лет, или лица, признанного недееспособным _____, именуемый в дальнейшем «Представляемый»,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«____» _____ _____ г. рождения, проживающего(ая) по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на проведение: **Телемедицинской консультации.**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с требованиями статей 13, 20, 21, 22, 23 и 36.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», а также Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» и является необходимым предварительным условием для проведения телемедицинской консультации.

В Клинике Санитас Вам (Вашему представляемому) оказываются медицинские услуги на платной основе. Мы информируем вас о том, что такие же медицинские услуги Вы вправе получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Сведения о медицинских организациях, оказывающий медицинскую помощь, доводятся до населения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе посредством размещения информации в сети Интернет.

1. Цель:

Мне разъяснено и понятно, что телемедицинская консультация представляет собой оказание медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинского работника и пациента (его законного представителя) с применением телемедицинских технологий.

Телемедицинская консультация может проводиться в целях:

— профилактики заболеваний и состояний;

— сбора и анализа жалоб и данных анамнеза;

— оценки эффективности ранее проведенных лечебно-диагностических мероприятий;

— медицинского наблюдения за состоянием здоровья;

— принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации) медицинского работника;

— коррекции ранее назначенного лечения в случаях и при соблюдении условий, установленных законодательством Российской Федерации.

Мне разъяснено, что коррекция ранее назначенного лечения при телемедицинской консультации может осуществляться лечащим врачом при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации), за исключением случаев, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Форма проведения: Телемедицинская консультация проводится с применением телемедицинских технологий посредством:

- Видеосвязи
- Аудиосвязи

2. Методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что телемедицинская консультация представляет собой оказание медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинского работника и пациента (его законного представителя) с применением телемедицинских технологий.

В ходе телемедицинской консультации врач осуществляет сбор и анализ жалоб и данных анамнеза, изучает предоставленные медицинские документы и результаты исследований, оценивает имеющуюся медицинскую информацию и в пределах, установленных законодательством Российской Федерации, формирует медицинские рекомендации.

Мне разъяснено, что при телемедицинской консультации непосредственный очный осмотр и полноценное физикальное обследование не проводятся. При недостаточности полученной дистанционно информации врач может рекомендовать очный прием и/или дополнительное обследование.

Я обязуюсь предоставить врачу достоверную и максимально полную информацию о состоянии здоровья, жалобах, ранее установленных заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, аллергических реакциях, проведенных обследованиях и лечении, а также имеющиеся медицинские документы и результаты исследований, необходимые для консультации.

3. Связанные с методом риски:

Мне разъяснено, что риски и ограничения телемедицинской консультации связаны прежде всего с дистанционным характером взаимодействия и отсутствием непосредственного очного осмотра.

К возможным ограничениям относятся: невозможность проведения полноценного физикального обследования и отдельных диагностических процедур; недостаточность предоставленной информации для принятия медицинского решения; ограниченная возможность дистанционной оценки отдельных симптомов; необходимость последующего очного осмотра или дополнительного обследования.

Мне разъяснено, что в ходе телемедицинской консультации возможны технические сбои, временное ухудшение качества аудио- или видеосвязи либо ее прерывание.

Мне разъяснено, что неполная, недостоверная или несвоевременно предоставленная мной информация может ограничить возможность врача объективно оценить состояние здоровья и сформировать медицинские рекомендации.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с указанными особенностями, рисками и ограничениями телемедицинской консультации.

4. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Результатом проведения телемедицинской консультации является медицинское заключение, оформленное медицинским работником в установленном порядке.

По результатам консультации врач в пределах, установленных законодательством Российской Федерации, может дать рекомендации по дальнейшему наблюдению, оценить результаты ранее проведенных лечебно-диагностических мероприятий, определить необходимость дополнительных исследований и/или очного приема, а также скорректировать ранее назначенное лечение при наличии предусмотренных законодательством оснований.

Мне разъяснено, что возможности телемедицинской консультации ограничены объемом информации, доступной врачу дистанционно. Если имеющейся информации недостаточно для принятия медицинского решения либо состояние здоровья требует непосредственного осмотра, врач рекомендует очное обращение в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что телемедицинская консультация не заменяет экстренную медицинскую помощь. При резком ухудшении состояния здоровья или возникновении признаков угрожающего жизни состояния необходимо обращаться за экстренной медицинской помощью, не ожидая проведения плановой телемедицинской консультации.

5. Право на отказ:

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что я вправе отказаться от проведения телемедицинской консультации, при этом я не лишаюсь права на получение иной медицинской помощи в предусмотренных законодательством формах.

Мне разъяснено, что при недостаточности информации для принятия медицинского решения, необходимости непосредственного осмотра или ухудшении состояния здоровья врач может рекомендовать очный прием, дополнительное обследование, обращение за неотложной или экстренной медицинской помощью.

Я вправе отозвать данное согласие в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Мне предоставлено время для принятия решения, я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся моего состояния и проведения телемедицинской консультации, на все заданные вопросы я получил(а) понятные ответы.

Я подтверждаю, что внимательно ознакомился(лась) и понял(а) всю информацию о телемедицинской консультации, включая цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски и ограничения, возможные варианты дальнейшего оказания медицинской помощи, последствия и предполагаемые результаты.

Информируем Вас о том, что на основании статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте Вашего (Вашего представляемого) обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии Вашего (Вашего представляемого) здоровья и диагнозе,

иные сведения, полученные при Вашем (Вашего представляемого) медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. У Вас есть право добровольно заявить о согласии на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, указав в пункте настоящего информированного добровольного согласия лицо (лица), которым может быть передана информация о состоянии Вашего (Вашего представляемого) здоровья, либо выразить запрет на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, Сведения о выбранном (ых) мною лице (ах), которому (ым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я подтверждаю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения медицинского работника мне понятны и меня удовлетворяют.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

Добровольно даю свое согласие на проведение телемедицинской консультации.

_____ _____	_____ _____
(подпись) (ФИО пациента)	(подпись) (ФИО медицинского работника)

_____

(дата оформления)