**Приложение №1**

**к Порядку**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента/законного представителя

(родители, усыновители, опекуны))

настоящим подтверждаю, что в соответствии со [ст. 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=292676&rnd=C92644AC90499466FFEFD4EDC42E9D7D&dst=100235&fld=134) Федерального закона

от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации", согласно моей воле, в доступной для меня форме,

проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации

по поводу:

а) моей болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

представляемого мной на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа,

кем, когда выдан)

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие

ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения

телемедицинской консультации.

3. Добровольно, в соответствии со [ст. 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=292676&rnd=C92644AC90499466FFEFD4EDC42E9D7D&dst=100252&fld=134) Федерального закона от 21.11.2011

N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю

свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской

консультации.

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации.

5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации

заключения будут иметь рекомендательный характер и что дальнейшее ведение

случая моей болезни будет осуществляться по решению моего лечащего врача.

6. Не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи

телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с

медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или

обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на

телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного

документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись и расшифровка подписи пациента или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

лечащий врач, заведующий отделением

медицинской организации, другой специалист,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по результатам предварительного информирования пациента (законного

представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать

данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с

расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/