

Информированное добровольное согласие на проведение консультации с применением онлайн технологий

Я, [Ф. И. О. полностью], [число, месяц, год] года рождения, настоящим даю информированное добровольное согласие на проведение мне консультации с применением онлайн технологий по вопросу моего заболевания медицинскими работниками Центра пластической хирургии и косметологии «RIVER» ООО «Фирма «РИАНД».

Мне понятны условия, цели и задачи проведения консультации с применением онлайн технологий.

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

а) консультации с применением онлайн технологий осуществляются в целях:

- профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

б) при проведении консультаций с применением онлайн технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления им диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации);

в) дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Я проинформирован(а), что результатом консультации является медицинское заключение или, при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

Мне разъяснено, что материалы, полученные по результатам консультации, подлежат хранению в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Предоставление мне документации (их копий) и выписка из них осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями [Порядка](#) организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских (онлайн) технологий, утвержденного [приказом](#) Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н, законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение консультации с применением телемедицинских (онлайн) технологий.

Пациент:

[число, месяц, год]