**Приложение № 2.**

**К Приказу Министра здравоохранения**

**Свердловской области №370- п от29.03.2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  **на проведение телемедицинской консультации** | | | | | | | | | |
| 1. Я нижеподписавшийся (аяся), | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| (Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны) | | | | | | | | | |
| настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1, 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. 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. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации. | | | | | | | | | |
| 4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск связанный с возможной утечкой информации. | | | | | | | | | |
| 5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решениям 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 не телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. | | | | | | | | | |
| « » 200 г. | | |  |  | | | / |  | / |
|  | | | | (подпись пациента или его законного представителя) | | | (Расшифровка подписи) | | |
| Настоящий документ оформлен | | | | |  | | | | |
| (лечащий врач, заведующий отделением ЛПУ, другой специалист, | | | | | | | | | |
| принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении) | | | | | | | | | |
| по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого). | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| « » 200 г. | | |  |  | | | / |  | / |
|  | | | | (подпись) | | | (Расшифровка подписи) | | |
| Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников ЛПУ. | | | | | | | | | |
| « » 200 г. | | |  |  | | | / |  | / |
|  | | | | (подпись) | | | (Расшифровка подписи) | | |
| « » 200 г. | | |  |  | | | / |  | / |
|  | | | | (подпись) | | | (Расшифровка подписи) | | |