**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) |