

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение консультации с использованием телефонной и/или интернет связи

1. Я, нижеподписавшийся (аяся), _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения консультации с использованием телефонной и/или интернет связи 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 консультации с использованием телефонной и/или интернет связи.
3. Добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) консультации с использованием телефонной и/или интернет связи.
4. Я понимаю необходимость проведения консультации с использованием телефонной и/или интернет связи, осознаю риск связанный с возможной утечкой информации.
5. Я осознаю, что полученные в результате консультации с использованием телефонной и/или интернет связи заключения будут иметь рекомендательный характер и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решениям моего лечащего врача.
6. Не возражаю против направления мне результата клинической консультации на электронный адрес:

7. Я удостоверяю, что текст информированного согласия на консультацию с использованием телефонной и/или интернет связи мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«___» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника: _____ /Главный врач Костарева И. Г.

Подпись пациента/законного представителя: V _____ / _____