**Приложение № 1 К договору оказания платных медицинских услуг**

Информированное добровольное согласие

на консультацию врача с применением телемедицинских технологий

# Приложение № 1 К договору оказания платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие**

# на консультацию врача с применением телемедицинских технологий

Я, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, предоставляю ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ

ЦЕНТР "ПОЛИКЛИНИКА.РУ" (адрес: г.Москва, ул. Новая Басманная, д.10, стр.1, эт.1, пом. VI, ком. 21, лицензия на оказание медицинских услуг № Л017-01137-77/00147848 от 03.10.2019, выданной Департаментом здравоохранения г. Москве (адрес :г. Москва, переулок оружейный, д.43, тел.:8(499)251-83-00)) (далее –

«Клиника») информированное добровольное согласие на проведение консультаций (приемов) с применением телемедицинских технологий врачом, включая, но не ограничиваясь, опросы, выявление жалоб, сбор анамнеза, коррекция ранее назначенного лечения.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от консультации (приема) врача или потребовать его прекращения.

В частности, мне понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:
2. профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
3. принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).
4. В процессе проведения консультаций (приемов) с применением телемедицинских технологий лечащим врачом при планировании последующего очного приема может осуществляться выдача направлений на лабораторные и инструментальные обследования, консультации врачей специалистов. Так же лечащий врач может проводить коррекцию ранее назначенного лечения при условии установления им лично диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).
5. Объем инструментальных и лабораторных исследований, а так же консультаций других специалистов определяется исключительно врачом проводящим консультацию на основании стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, исходя из имеющихся на момент обращения у пациента жалоб, данных анамнеза и картины заболевания, а так же с учетом достаточности полученных во время консультации данных для выбора метода обследования.
6. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).
7. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.
8. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дистанционное взаимодействие осуществляется посредством аудио и видеосвязи, передачи электронных сообщений. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

1. Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации).
2. Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения тем же врачом на очном приеме.
3. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
4. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
5. Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах телемедицинской консультации.
6. Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации.
7. Я уведомлен и согласен, с тем, что в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с пунктом 10 статьи 13 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проводится аудио и видеозапись приема. Так же, я уведомлен и согласен с тем, что в соответствии с разделом XI приказа МЗРФ от 30 ноября 2017 г № 965н все полученные в процессе консультации с применением телемедицинских технологий сопутствующие материалы подлежат хранению в течение 1 года от момента получения."

Пациент/Заказчик

Я подтверждаю, что разъяснил пациенту цель, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также дал ответы на все заданные вопросы.

# 

**(**подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)