

Информированное добровольное согласие на проведение медицинской консультации с применением телемедицинских технологий

Я, _____
(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родитель, усыновитель, опекун))

действующий на основании _____
(законный представитель указывает наименование и реквизиты правоустанавливающего документа)

настоящим подтверждаю, что добровольно, без принуждения даю согласие на передачу данных о состоянии моего здоровья, результатов обследования и лечения, изображений, полученных в результате диагностических исследований врачами-специалистами медицинской организации _____

(наименование медицинской организации)

где получаю медицинскую помощь в настоящее время, врачам-специалистам ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» (ГБУЗ ООД) через региональную медицинскую информационную систему для проведения медицинской консультации с применением телемедицинских технологий (дистанционно) с целью получения профессионального заключения врачей-специалистов ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» по вопросам оказания мне медицинской помощи, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, а также целесообразности перевода в специализированное отделение.

Я получил(-а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения медицинской консультации с применением телемедицинских технологий.

Я понимаю необходимость проведения консультации с применением телемедицинских технологий и осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации по независящим от ГБУЗ ООД причинам.

Я осознаю, что полученные в результате консультации с применением телемедицинских технологий заключения будут иметь рекомендательный характер, поскольку основываются на данных о моем заболевании, полученных и интерпретированных до проведения консультации с применением телемедицинских технологий, что окончательное решение о дальнейшей тактике диагностики, лечения и наблюдения моего заболевания принимает мой лечащий врач с учетом динамики моего состояния.

Я не возражаю против передачи данных о моем заболевании, записи дистанционной консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я информирован(-а) о том, что проведение телемедицинской консультации предполагает возможность работы в режимах on-line и off-line, то есть непосредственно в момент обращения или в виде отсроченной консультации в согласованное время, а также в форме обмена данными и мнениями посредством видеоконференции.

Я информирован(-а) о том, что на любом этапе проведения телемедицинской консультации имею право отказаться от дальнейшего проведения телемедицинской консультации и отозвать мою медицинскую документацию.

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям или иному лицу, являющемуся, с моего согласия, моим представителем: _____

(указать Ф.И.О., степень родства)

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на консультацию с применением телемедицинских технологий мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, я согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мне понятны:

« _____ » / _____ / _____
(дата) (подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен в присутствии лечащего врача (заведующего отделением, другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении) после предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого):

« _____ » / _____ / _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)