

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение телемедицинской консультации в период реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения инфекционного заболевания, вызванного коронавирусом COVID-19

Я, _____, _____,

(Ф.И.О.)

дата рождения « ____ » _____ г. , проживающий(ая):

*Раздел бланка заполняется при оказании медицинской помощи несовершеннолетним, не достигшим 15 лет, и лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего/недееспособного, не способного по своему состоянию дать согласие на медицинское вмешательство _____

(Ф.И.О. (полностью) недееспособного/ребенка (год рождения, полных лет))

Получил (а) полное и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

Добровольно в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. № 5487-1 и ФЗ № 152 «О персональных данных» даю свое согласие ГБУЗ СК «СККСПБ №1» на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации и обработку персональных данных по открытым каналам связи:

Видеосвязь Whats'App +7 _____

Имя пользователя Skype _____

Другой канал _____

Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск связанный с возможной утечкой информации.

Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер.

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.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен (лечащий врач, заведующий отделением ЛПУ, другой специалист)

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников МО

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____ /
(подпись)

_____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)