

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением телемедицинских технологий

Я, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора на оказание платных медицинских услуг путем применения телемедицинских технологий предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью «Прозрение+» (сокращенное наименование – ООО «Прозрение+»), далее - Медицинская организация, зарегистрированная в соответствии с законодательством Российской Федерации за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 5147746017250 от 01.09.2014 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, ИНН 7702844417, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00344785 выдана 06.02.2020 Министерство здравоохранения Московской области, (143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, телефоны: +7 (498) 602-03-01; +7 (498) 602-03-03), в лице Управляющего-индивидуального предпринимателя Азнауряна Игоря Эриковича, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств с применением дистанционных и телемедицинских технологий врачами-специалистами ООО «Прозрение+», но не ограничиваясь, опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, коррекция назначенного на очном приеме лечения (в т.ч. медикаментозного), проведение процедур и дистанционного наблюдения за состоянием моего здоровья/здоровья моего несовершеннолетнего ребенка с применением инновационных методов при использовании компьютерных технологий.

Я проинформирован, что формат медицинских услуг с применением телемедицинских технологий проходит согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №965н от 30.11.2017.

Я получил(-а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях, задачах и методах оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Мне известны возможные иные варианты медицинских вмешательств, возможные последствия и риски при дистанционном оказании медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Я осознаю возможности и предполагаемые результаты оказания медицинской помощи в дистанционной форме.

Я понимаю необходимость получения медицинских услуг с применением телемедицинских технологий и осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации по независящим от ООО «Прозрение+» причинам.

Я осознаю и понимаю, что:

1. Медицинские услуги с применением дистанционных и телемедицинских технологий осуществляются в целях:

1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья/здоровья моего несовершеннолетнего ребенка;

2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. При оказании медицинских услуг с применением дистанционных и телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления ранее им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья/здоровья моего несовершеннолетнего ребенка может быть рекомендовано лечащим врачом только после очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.

Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья/здоровья моего несовершеннолетнего ребенка, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах оказания медицинских услуг.

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, то есть непосредственно в момент обращения в согласованное время, а также в форме обмена данными и мнениями посредством видеоконференции.

Я информирован(-а) о том, что на любом этапе оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий имею право отказаться от дальнейшего оказания услуг и отозвать мою медицинскую документацию.

Я полностью понимаю суть вышеизложенного, даю добровольное согласие на получение медицинских услуг с применением дистанционных и телемедицинских технологий.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на услуги 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:

Настоящий документ в силу статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" оформлен в форме электронного документа:

подписанного мною, с использованием простой электронной подписи путем проставления отметки согласен («галочки») на сайте www.online-oko.ru, и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью.