**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство с применением телемедицинских технологий (консультация лечащего врача)**

Пациент

(*ФИО полностью, дата рождения*)

Паспорт (свидетельство о рождении) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель пациента:

(*ФИО полностью, дата рождения*)

**Я проинформирован(а)** в доступной форме для меня форме о целях, методах оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (консультация лечащего врача), связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о ее последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

**Я проинформирован(а)** о том, что медицинское вмешательство проводится в режиме дистанционного взаимодействия лечащего врача с пациентом только при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения пациенту по данному обращению на очном приеме.

**Я проинформирован(а**), что целью медицинского вмешательства может являться коррекция лечащим врачом ранее назначенного им лечения пациенту на очном приеме, в том числе лечащий врач при необходимости может формировать рецепты на лекарственные препараты в форме электронного документа.

**Я проинформирован(а**), что результатом медицинского вмешательства является соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации пациента лечащим врачом, назначение дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

**Я проинформирован(а**), что справка (медицинское заключение) в форме электронного документа размещается в сервисе «Личный кабинет пациента».

**Я обязуюсь** поставить в известность о наличии у меня в анамнезе заболеваний, аллергических реакций и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а также о злоупотреблении алкоголем и наркотическими веществами.

**Я проинформирован(а)** о возможности получения медицинских услуг бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ст.21 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Решение обратиться** в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России является моим собственным; оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

**Я ознакомлен(а)** с приказом Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», Регламентом консультации врача с применением телемедицинских технологий (консультация лечащего врача в режиме отложенных консультаций без видеоконференцсвязи), Регламентом консультации врача с применением телемедицинских технологий (консультация лечащего врача с видеоконференцсвязью), Правилами оплаты медицинских услуг, Положением об оказании платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, размещенными на официальном сайте ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России.

**Я даю** согласие на оказание мне медицинских услуг на основании Договора об оказании платных медицинских услуг, оказываемых в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России.

При подписании этого документа, последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), мог(ла) задать все интересующие меня вопросы, осознаю возможные риски, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, и даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства с применением телемедицинских технологий (консультация лечащего врача) в отношении моего заболевания.**

Подпись пациента *(или его законного представителя)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Подпись ФИО*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.