

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностическое обследование)

Я, Пациент _____, медицинская карта Пациента (амбулаторная) № _____, «_____» _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____,

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан</p> <p>Я, _____, <small>(фамилия, имя, отчество - полностью)</small></p> <p>паспорт _____ выдан _____, являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____, <small>(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)</small></p> <p>Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным «_____» _____ г. <small>(число, месяц, год)</small></p>

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения консультации с применением телемедицинских технологий по поводу моей болезни/ болезни лица, законным представителем которого я являюсь, в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России, (далее «Учреждение»).

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения консультации с применением телемедицинских технологий. Консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

1) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

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

- Я добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на проведение мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь, консультации специалиста ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России с применением телемедицинских технологий;

- Я понимаю необходимость проведения консультации с применением телемедицинских технологий, проинформирован о рисках и пользе консультации с применением телемедицинских технологий;

- Я осознаю, что полученные в результате консультации с применением телемедицинских технологий заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решениям моего лечащего врача.

- Я не возражаю против передачи данных о моем/ лица, законным представителем которого я являюсь, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, 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 информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

- Я согласен на обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого, мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на диагностическое обследование в предложенном мне объеме;

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____;
(перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)

- Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне лечения и получил на них исчерпывающие ответы;

- Я информирован о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в амбулаторных (стационарных) условиях в Учреждении, размещенных на сайте www.mntk.ru и на бумажном носителе на информационных стендах Учреждения;

– Я подтверждаю, что решение о проведении обследования является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Пациент
(законный представитель)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: ____ ____ 20 ____ г.

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем Пациента) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель Пациента) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач - офтальмолог
(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

ПРИМЕЧАНИЕ:

В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:

- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан

- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,

вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением генерального директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.