

**Информированное добровольное согласие
на консультацию врача с применением телемедицинских технологий**

Я, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Байкал-медикл» (сокращенное наименование – ООО «Клиника Байкал-медикл»), (адрес: 664025, Иркутская область, г. Иркутск, бульвар Гагарина, дом 44, Лицензия № ЛО-38-01-003088 от 13.03.2018) (далее – «Клиника») информированное добровольное согласие на проведение консультаций (приемов, осмотров) врачей Клиники с применением телемедицинских технологий, включая, но не ограничиваясь, опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, коррекция ранее назначенного лечения.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от консультации (приема, осмотра) врача или потребовать его прекращения.

В частности, мне понятно, что:

1. Консультации с применением 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;
 - 2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).
2. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).
3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).
4. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дистанционное взаимодействие осуществляется посредством аудио и видеосвязи, передачи электронных сообщений. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Я предупрежден(а) и осознаю, что метод врачебных консультаций с применением телемедицинских технологий имеет свои ограничения, связанные с дистанционным форматом взаимодействия и что неполнота переданных мною данных или невозможность полноценного осмотра врачом, так же как и отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами

настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оказание медицинских услуг в предложенном объеме.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оказание медицинских услуг в предложенном объеме.

Я уведомлен путем выражения согласия с условиями настоящего Договора и Приложений №1 - №3 в порядке, описанном в преамбуле Оферты, путем проставления отметки согласен («галочки») на сайте _____.

Пациент/Заказчик

Я подтверждаю, что разъяснил пациенту цель, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а также дал ответы на все заданные вопросы.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.