

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

Приложение № 1

К договору оказания платных медицинских услуг

**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 ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "ПОЛИКЛИНИКА. РУ" (адрес: г. Москва, ул. Новая Басманная, д.10, стр.1, эт.1, пом. VI, ком. 21, лицензия на оказание медицинских услуг № Л041-01137-77/00362288) (далее - «Клиника») информированное добровольное согласие на проведение консультаций (приемов) применением телемедицинских технологий врачом Клиники, включая, но не ограничиваясь, опросы, выявление жалоб, сбор анамнеза, коррекция ранее назначенного лечения.

Мне понятны цели, методы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне понятно, что я имею право отказаться от консультации (приема) 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. В процессе проведения консультаций (приемов) с применением телемедицинских технологий лечащим врачом при планировании последующего очного приема может осуществляться выдача направлений на лабораторные и инструментальные обследования, консультации врачей специалистов. Так же лечащий врач может проводить коррекцию ранее назначенного лечения при условии установления им лично диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

3. Объем инструментальных и лабораторных исследований, а также консультаций других специалистов определяется исключительно лечащим врачом проводящим консультацию на основании стандартов оказания медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций, исходя из имеющихся на момент обращения у пациента жалоб, данных анамнеза и картины заболевания, а так же с учетом достаточности полученных во время консультации данных для выбора метода обследования.

4. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

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

6. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дистанционное взаимодействие осуществляется посредством аудио видеосвязи, передачи электронных сообщений. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

7. Мне понятно и я осознаю, что метод врачебных консультаций с применением телемедицинских технологий имеет свои ограничения, связанные с дистанционным форматом взаимодействия и что неполнота 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.

8. Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации).

9. Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция необходимости очного приема (осмотра, консультации).

9. Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения тем же врачом на очном приеме.

10. Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, 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) время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах телемедицинской консультации.

11. Я согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне понятны и добровольно даю свое согласие на оказание медицинских услуг в предложенном объеме.

12. Я согласен, с тем, что в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с пунктом 10 статьи 13 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проводится аудио и видеозапись приема.

Настоящее согласие предоставлено мной Медицинской организации на условиях Оферты о заключении договора оказания платных медицинских услуг, размещенной на Сайте по адресу: [https:// polyclinika.ru.](https://polyclinika.ru.), в форме электронного документа и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.