



Общество с ограниченной ответственностью
«ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР «ФЕНИКС»
(ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС»)

Лицензия № ЛО-61-01-005673 от 25.01.2017; ОКПО 33305051; ОКВЭД 86.21, 72.19
пр. Ворошиловский, д.40/128, г. Ростов-на-Дону, 344000, тел./факс (863) 204-26-16

Информированное добровольное согласие на консультативный приём с применением телемедицинских технологий в ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС»

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне консультации с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация) в ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС» специалистом (врач-психиатр, психиатр-нарколог, психотерапевт, клинический психолог, врач-невролог, логопед) _____

Ф.и.о.медицинского работника

Подписанием настоящего добровольного информированного согласия я подтверждаю, что мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В доступной для меня форме мне разъяснено и понятно, что:

1. Телемедицинские консультации осуществляются в целях:
 - а) Профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
 - б) Принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации)
2. При проведении телемедицинских консультаций 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 или клиническим психологом 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 осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка окончательного диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установленного диагноза и назначении лечения на очном приеме.

Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, 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.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации

ПАЦИЕНТ:

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. пациента)

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 так же дал ответы на все заданные вопросы.

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК:

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)