**Договор № undefined**

**безвозмездного пользования оборудованием, предназначенным для дистанционного диспансерного наблюдения пациента, предоставляемого для использования на дому**

г. Воронеж 13.04.2023

Медицинская Организация 1, именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице undefined, действующего на основании undefined, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович телефон +7 (999)-999-99-99 ПАСПОРТ!!!; СНИЛС 111-111-111 22; Страховой полис ОМС 1111111111111111122; Дата рождения: 02 03 1972; Место проживания: ivan, находящийся под наблюдением undefined, именуемый в дальнейшем «Пациент (законный представитель)», с другой стороны, в целях обеспечения дистанционного диспансерного наблюдения заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. В соответствии с условиями настоящего договора Медицинская организация передает в безвозмездное временное пользование Автоматический тонометр bluetooth AND UA-911 BT-C серийный номер 5200200217 с целью дистанционного диспансерного наблюдения пациента на дому.

1.3. Оборудование передается по акту приема-передачи Пациенту (законному представителю) (Приложение № 1 к настоящему договору) в течение 2 (двух) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего договора вместе с копиями всех относящихся к оборудованию технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации.

1.4.  Передача оборудования Пациенту (законному представителю) осуществляется в месте нахождения Пациента.

1.5. Оборудование подлежит возврату Пациентом (законным представителем) в том состоянии, в котором оно было передано Пациенту (законному представителю), с учетом нормального износа.

1.6. Оборудование может использоваться исключительно в целях автоматизации процесса сбора результатов измерения артериального давления Пациента в домашних условиях.

1.7. Оборудование преимущественно используется Пациентом по адресу: ivan.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Медицинская организация обязана:

1) провести инструктаж Пациента (законного представителя) правилам пользования оборудованием перед его передачей в безвозмездное временное пользование;

2) предоставить оборудование в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами;

3) провести пуско-наладочные работы;

4) проводить техническое обслуживание оборудования в сроки, установленные технической документацией;

5) предварительно проинформировать Пациента (законного представителя) о проведении технического обслуживания оборудования не менее чем за 3 рабочих дня;

6) регулярно, но не реже одного раза в неделю (месяц), проводить осмотр и проверку работы оборудования при посещении Пациента для принятия решения о его плановой/внеплановой замене и отправке его на ремонт;

7) предоставлять Пациенту (законному представителю) подменное оборудование на период ремонта или технического обслуживания ранее предоставленного оборудования;

2.2. Медицинская организация вправе:

1) контролировать использование оборудования Пациентом;

2) в случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования оборудования, в течении 2 (двух) рабочих дней с момента обнаружения направить Пациенту (законному представителю) письменное предупреждение.

2.3. Пациент (законный представитель) обязаны:

1) обеспечить использование оборудования только по его целевому назначению – в целях автоматизации процесса сбора результатов измерения артериального давления Пациента, получающему медицинскую помощь на дому, и в соответствии с условиями настоящего договора;

2) пройти инструктаж по эксплуатации оборудования, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения оборудования;

3) неукоснительно соблюдать инструкции по эксплуатации оборудования, в том числе при нарушении режима его работы;

4) обеспечить постоянный контроль за работой оборудования;

5) обеспечить свободный доступ к оборудованию уполномоченным сотрудникам Медицинской организации для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования оборудования в соответствии с целевым назначением, технической документацией и инструкциями;

6) уведомить Медицинскую организацию обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему договору (например, смена места жительства, паспортных данных и т.д.) в течение 3 (трех) рабочих дней с момента наступления изменений;

– об изменении адреса, по которому Пациент преимущественно использует оборудование (например, постоянное или временное, более чем на 5 дней, изменение фактического места жительства; госпитализация в другие медицинские организации).

7) возвратить оборудование вместе с документами, переданными вместе с оборудованием, при отсутствии эксплуатации.

2.4. Законный представитель обязан:

1) обеспечить круглосуточный уход за Пациентом;

2) обеспечить круглосуточный доступ к Пациенту для оказания ему медицинской помощи.

2.5. Пациент (законный представитель) не вправе:

– передавать свои права и обязанности по настоящему договору третьим лицам, отдавать оборудование в залог.

2.6. Пациент (законный представитель) вправе:

– в любой момент в одностороннем порядке отказаться от настоящего договора, вернув оборудование вместе с документами в Медицинскую организацию по акту возврата оборудования (Приложение № 2 к настоящему договору).

**3. Ответственность сторон**

3.1. За неисполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Пациент и законный представитель несут солидарную ответственность перед Медицинской организацией за исполнение настоящего договора.

**4. Форс-мажор**

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

**5. Риск случайной гибели или случайного повреждения оборудования**

5.1. Пациент (законный представитель) несет ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное целевое пользование оборудования, если оборудование было испорчено в связи с тем, что оно использовалось с нарушением условий настоящего договора, либо было передано третьему лицу.

5.2. Пациент (законный представитель) не несет ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное целевое пользование оборудования, если оно погибло или было испорчено по причинам не связанным с тем, что Пациент (законный представитель) использовал оборудование с нарушением условиями договора или назначением оборудования, либо передал его третьему лицу.

**6. Срок действия договора**

6.1. Оборудование предоставляется на срок оказания медицинской помощи на дому, но не более чем на 3 года. По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений сторон договор продлевается на тех же условиях на тот же срок.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 6.1. настоящего договора.

**7. Изменение и прекращение договора**

7.1. Обязательства по настоящему договору прекращаются в момент подписания Акта возврата оборудования Пациентом или законным представителем.

7.2. Договор может быть изменен или досрочно расторгнут по письменному соглашению сторон.

7.3. Уведомление о расторжении договора направляется стороне не позднее, чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты расторжения договора.

7.4. Медицинская организация вправе в одностороннем порядке отказаться от настоящего договора и расторгнуть договор в одностороннем порядке в случаях, когда Пациент или законный представитель:

– использует оборудование не в соответствии с договором или назначением оборудования;

– наносит ущерб состоянию оборудования;

– нарушает инструкции по эксплуатации оборудования;

– не исполняет иные обязательства, предусмотренные настоящим договором.

7.5. Договор прекращается в случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для заключения настоящего договора (в том числе, но не ограничиваясь: госпитализация пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, предоставление пациенту иного оборудования, принятие врачебной комиссией Медицинской организации решения о наличии у Пациента противопоказании или об отсутствии медицинских показаний к применению оборудования, констатация факта смерти пациента).

7.6. Договор может быть изменен или его действие может быть прекращено в иных случаях, предусмотренных законодательством или настоящим договором.

7.7. Прекращение договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение.

**8. Разрешение споров**

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не имеющим своего разрешения по тексту настоящего договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства.

8.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством.

**9. Дополнительные условия и заключительные положения**

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Все уведомления должны направляться в письменной форме.

9.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

9.4. Неотъемлемой частью договора являются:

Приложение №1 – Акт приема-передачи оборудования;

Приложение № 2 – Акт возврата оборудования.

**Подписи сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО пациента (законного представителя) |  | Врач |
| Иванов Иван Иванович |  |  |
|  |  |  |
| Подпись пациента (законного представителя) |  | Подпись лечащего врача |
|  |  |  |
| 13.04.2023 г. |  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. |
|  |  | Контактные данные врача |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Печать врача |

Приложение № 1

к договору безвозмездного пользования оборудованием, предназначенным

для дистанционного диспансерного наблюдения пациента, предоставляемого

для использования на дому

№ undefined от 13.04.2023 г.

**Акт**

**приема- передачи оборудования № undefined**

г. Воронеж 13.04.2023 г.

Медицинская Организация 1, именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице undefined, действующего на основании undefined, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович телефон +7 (999)-999-99-99 ПАСПОРТ!!!; СНИЛС 111-111-111 22; Страховой полис ОМС 1111111111111111122; Дата рождения: 02 03 1972; Место проживания: ivan, находящийся под наблюдением undefined, именуемый в дальнейшем «Пациент (законный представитель)», с другой стороны, составили настоящий акт приема – передачи о нижеследующем:

1. В соответствии с договором № ­­­­­­­­­­­­­­­undefined от 13.04.2023 года Медицинская организация передает, а Пациент (законный представитель) принимает следующее оборудование: Автоматический тонометр bluetooth AND UA-911 BT-C серийный номер 5200200217 ***.***

2. Оборудование комплектно и находится в исправном состоянии. Замечания к состоянию отсутствуют.

3. Вместе с оборудованием передаются следующие документы по его эксплуатации:

–\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

–\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон и является неотъемлемой частью договора.

**Подписи сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО пациента (законного представителя) |  | Врач |
| Иванов Иван Иванович |  |  |
|  |  |  |
| Подпись пациента (законного представителя) |  | Подпись лечащего врача |
| 13.04.2023 г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. |
|  |  | Печать врача |

Форма Информированного добровольного согласия

на дистанционное диспансерное наблюдение

**Информированное добровольное согласие на дистанционное диспансерное наблюдение**

**13.04.2023\_ г.**

Я \_Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество - полностью)

\_Thu Mar 02 1972 00:00:00 GMT+0000 (Coordinated Universal Time)\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_ivan

добровольно даю своё согласие на проведение мне в соответствии с назначениями врача, дистанционного диспансерного наблюдения.

Врач проинформировал меня о процедуре дистанционного диспансерного наблюдения, показаниях к её применению, механизме и сроках действия и методике самой процедуры.

Мне объяснили, что целью данной процедуры является проведение длительного динамического наблюдения за артериальным давлением и частотой сердцебиения с использованием дистанционной передачи данных при помощи технологий GSM / Bluetooth.

Я ознакомлен(а) с показаниями к проводимой процедуре:

* наличие хронического заболевания, требующего проведения диспансерного наблюдения;
* наличие возможности самостоятельного измерения физиологических параметров организма;
* наличие технической возможности применения дистанционного диспансерного наблюдения;
* согласие пациента на дистанционное диспансерное наблюдение.

Я ознакомлен(а) с результатом проводимой процедуры и механизмом её действия.

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях (рисках):

* Риски дистанционного наблюдения — это риски, связанные с особенностями проведения наблюдения, сопряжённые со сбором информации о состоянии здоровья на расстоянии. Возможны технические неполадки в работе средств связи и других приборов. Поскольку данные передаются на расстояние с помощью аппаратуры, не исключено искажение данных при нарушении её работы, хотя вероятность этого крайне мала.
* При дистанционном наблюдении врач не видит больного, не имеет возможности провести осмотр, что в редких случаях может явиться причиной ошибок в заключениях и рекомендациях.
* Дистанционное наблюдение не является аналогом или заменой очных врачебных консультаций. Вероятность ошибки при дистанционном наблюдении возрастает по мере уменьшения времени принятия решения (период обострения заболевания, экстренные и неотложные состояния).
* Дистанционное наблюдение не является само по себе инструментом экстренного реагирования врача на неотложные ситуации. Наблюдение осуществляется в плановом режиме, и лечащий врач получает заключения по мониторингу с определенной периодичностью, круглосуточный доступ к оперативной информации не предусматривается, хотя может быть организован на базе поликлиники по месту прикрепления, стороннего центра дистанционного мониторинга или станции скорой и неотложной медицинской помощи.
* Как правило, экстренные и неотложные состояния требуют очной консультации врача и не являются предметом дистанционного консультирования.
* Я понимаю, что в таких случаях врач чаще будет мне советовать обратиться за очной консультацией или «скорой» медицинской помощью.
* Способами снижения рисков являются следующие: проведение первичного очного приёма; оформление первичной медицинской документации (амбулаторная и электронная медицинская карта); цифровая запись телефонных консультаций; подписание информированного согласия; передача пациентом мной врачу максимально объективных данных о жалобах, истории болезни и жизни, результатах диагностического обследования и другой медицинской информации; четкие и точные ответы на все вопросы врача; при необходимости привлечение к лечению профильных специалистов (эндокринолог, пульмонолог и др.); соблюдение программы измерений.

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний:

* Невозможность проведения самостоятельного измерения физиологических параметров организма;
* Отсутствие технической возможности передачи данных;
* Отказ пациента.

Я так же предупрежден(а) о ситуациях, которые могут явиться причиной прекращения проведения дистанционного диспансерного наблюдения:

* Неустранимые технические проблемы, связанные с оборудованием для проведения дистанционного мониторинга или с его использованием мной (пациентом);
* Отсутствие фактического проведения измерений мной (пациентом);
* Отсутствие возможности дистанционного контакта со мной (пациентом)
* Невыполнение мной (пациентом) рекомендаций, полученных в ходе дистанционного мониторинга.

Я понимаю, что окончательное решение о прекращении или продолжении дистанционного диспансерного наблюдения принимает лечащий врач.

Мне объяснено, что в случае прекращения проведения дистанционного диспансерного наблюдения по любой причине, мне будет продолжено диспансерное наблюдение в очной форме в порядке и объёме, установленном действующим законодательством.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, анестезиологических пособиях, (с указанием места и времени проведения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

заболеваниях (в том числе хронических) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о принимаемых лекарственных средствах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вредных привычках, а также об употреблении алкоголя, наркотических, или токсических веществ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Я согласен(а) с назначением дистанционного диспансерного наблюдения.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача, в том числе график измерений, и обязуюсь своевременно его посещать при ухудшении самочувствия, либо в случае активного вызова на прием по результатам дистанционного диспансерного наблюдения.

Я обязуюсь сразу обратиться к участковому терапевту/врачу общей практики/врачу-специалисту (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), если появятся нежелательные явления или другие побочные эффекты, (обострение хронических заболеваний) для коррекции терапии.

Я предупреждена, что в случае несоблюдения мной рекомендаций врача могут возникнуть осложнения.

Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений могут потребовать лечения в условиях стационара.

Я информирован(а) о том, что медицинский персонал сделает всё от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

У меня была возможность задать врачу интересующие меня вопросы (относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, результатов, риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящей процедуры). Врач полностью ответил на все мои вопросы. Вся информация, которую я получил(а) в ходе консультирования была изложена на доступном и понятном мне языке и продублирована на бумажном носителе (выдана на руки памятка).

С учётом сообщенных мне сведений в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю информированное добровольное согласие на проведение вышеуказанной процедуры.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пациент |  | Врач |
| Иванов Иван Иванович |  |  |
|  |  |  |
| Подпись пациента |  | Подпись лечащего врача |
|  |  |  |
| 13.04.2023\_\_\_\_\_ г. |  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. |
|  |  | Контактные данные врача |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Печать врача |