

**Информированное добровольное согласие на  
проведение телемедицинской врачебной  
консультации**

1. Я нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))

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 телемедицинской консультации по поводу:

а) моей болезни \_\_\_\_\_

б) болезни \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

представляемого мной на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.
3. 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 (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации.
4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации.
5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решению моего лечащего врача.
6. Я не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись и расшифровка подписи пациента или его законного представителя

Настоящий документ оформлен \_\_\_\_\_  
врач

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись и расшифровка подписи врача

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /