ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К ОФЕРТЕ (ПРЕДЛОЖЕНИЮ)
О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДИСТАНЦИОННЫМ СПОСОБОМ (ТЕЛЕМЕДИЦИНА)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, правоспособное и дееспособное (дееспособность несовершеннолетних от 14 до 18 лет/ полная дееспособность с 18 лет) физическое лицо, достигшее возраста 15 лет, подтверждаю, что мне известна цель оказания услуги с применением телемедицинских технологий – оказание информационной поддержки и проведение консультации в целях профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно – диагностических мероприятий, дистанционного наблюдения за состоянием пациента, а так же принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации). Коррекция ранее назначенного лечения возможны только после очного приема лечащего врача Исполнителя, на котором был установлен диагноз и/или назначено лечение.

Настоящим, руководствуясь ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю Исполнителю информированное добровольное согласие на оказание Услуги с применением телемедицинских технологий (осуществление медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н http://base.garant.ru/70172996/ (далее по тексту – «Перечень видов медицинских вмешательств»), при оказании мне или моему ребенку лицу, чьим законным представителем я являюсь, услуги, а так же на ниже перечисленные виды медицинских вмешательств

Перечень видов медицинских вмешательств	
.	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2	Осмотр, с применением телемедицинских технологий
3	Консультации специалистов

Я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а)/ознакомлен(а) в доступной для меня форме:

- о Перечне видов медицинских вмешательств;
- о целях, способах, ограничениях, специфике, сроках оказания услуг с применением телемедицинских технологий, возможном риске.
- о прогнозируемой выгоде оказания услуги;
- о том, что дистанционное консультирование (оказания услуг с применением телемедицинских технологий) не является аналогом очной врачебной консультации.

Я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем, а также о лечебных учреждениях, где они применяются;

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я уполномочиваю медицинских работников выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне оказываемого медицинского вмешательства.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать медицинским работникам о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, 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, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я добровольно соглашаюсь на оказание услуг с применением телемедицинских технологий Специалистами с учетом сохранения врачебной тайны;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Мне понятно назначение данного документа, полученных разъяснений и они меня удовлетворяют.

Настоящее согласие предоставлено мной Исполнителю на условиях Оферты о заключении договора оказания платных медицинских услуг, размещенной по адресу https://veramed-clinic.ru/telemed-offer/, в форме электронного документа и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

ФИО:_____ПОДПИСЬ _____

(заполняются при направлении Исполнителю по почте)