**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

г. Якутск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_г.

Я, (Ф.И.О.)

Зарегистрированный(ая) по адресу

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

Паспортные данные:

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

Проинформирован(а)врачом о телемедицинской консультации (ТМК) и этапах подготовки телемедицинской консультации, которая будет проведена специалистами:

(наименование лечебного учреждения)

По следующим вопросам:

Перед подписанием добровольного информационного согласия получил(а) и поняла(а) удовлетворяющие меня разъяснения по заданным вопросам о проведении телемедицинской консультации.

Согласен (а) на предоставление мне информации о состоянии моего здоровья, полученной в ходе проведения телемедицинской консультации, разрешаю передать эту информацию своему представителю. ­­­­­­

(Ф.И.О. лечащего врача)

С учетом вышеизложенного, даю свое добровольное информированное согласие на проведение телемедицинской консультации.

Дата\_\_\_\_\_\_

Подпись, фамилия полностью\_ Подпись представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при невозможности личной подписи)

Ф.И.О. и статус представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее добровольное информированное согласие на проведение телемедицинской консультации составлено в присутствии \_

Подписи присутствующих\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_