

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на участие в телемедицинском дистанционном скрининге

1. Я, _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

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 участия в телемедицинском дистанционном скрининге по поводу моего состояния здоровья и возможных рисках хронических заболеваний и сбором следующих данных:

а) ФИО, пол, возраст, образование, место работы, электронный адрес

б) данные о состоянии здоровья, диагнозы, данные о рисках хронических заболеваний, включая результаты медицинских исследований, данные антропометрии, измерений АД, анализа крови, сахара крови, общего холестерина и другие, входящие в состав диспансеризации и скрининговой диагностики

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 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 телемедицинского дистанционного скрининга.

3. Я 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 телемедицинского анкетирования с помощью системы телемедицинского дистанционного скрининга «Телемед3» принадлежащие оператору ООО «Интеллектуальные программные системы» (регистр.номер №78-25-198477 пр. №607 от 14.10.2025г в Российском Реестре операторов)

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинского скрининга, проинформирован о его рисках и пользе.

5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинского дистанционного скрининга и его «Заключения» будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решениям моего лечащего врача.

6. Я не возражаю против обработки, передачи данных о моем состоянии (п.1) и результатов телемедицинского скрининга на электронные носители и демонстрации обезличенных итогов скрининга исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

7. Я удостоверяю, что текст информированного согласия на услугу телемедицинского дистанционного скрининга мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

8. Срок действия Информированного добровольного согласия- со дня подписания до отзыва Согласия в письменном виде.

9. «___» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)
(подпись) (расшифровка подписи)