

Информированное добровольное согласие в отношении несовершеннолетнего на виды медицинских вмешательств, 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, являясь законным представителем несовершеннолетнего в возрасте до пятнадцати лет, настоящим, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082), для получения мной / лицом, представителем которого я являюсь (Пациент), медицинской консультации, носящей рекомендательный характер, без постановки диагноза, в ООО «Медоблако» (109518, Москва г, Грайвороновская ул., дом 23), а также в медицинской организации, привлеченной Обществом с ограниченной ответственностью «Медоблако» в целях оказания услуг.

Подписанием настоящего добровольного информированного согласия я подтверждаю, что мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

- профилактики, сбора и анализа жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья несовершеннолетнего;

- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения. Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме. Я понимаю, что предоставление врачу недостоверной информации, в отношении лица законным представителем которого я являюсь, о состоянии здоровья или ее скрывание, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и результатах телемедицинской консультации. Я полностью понимаю суть изложенного, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации.

Я уведомлен путем подтверждения мною условий настоящего Согласия в порядке, предусмотренном в Оферте.