

МЕДИЧНИЙ КАБІНЕТ

ФОП Тесленка Д.М.

РНОКПП - 3132022937

м. Київ, проспект Голосіївський, буд. 108, корпус 2, прим. 4

Інформована добровільна згода на дистанційну (онлайн) медичну консультацію

Я, _____,
добровільно звертаюся за дистанційною (онлайн) медичною консультацією до вищезазначеного лікаря.

Я розумію, що онлайн-консультація — це форма медичного інформування та консультування без фізичної присутності пацієнта, яка проводиться через відеозв'язок, телефон, електронну пошту або месенджери.

Мета консультації — отримати **попередню професійну думку**, аналіз наданих мною матеріалів (опис симптомів, фото, результати обстежень), а також рекомендації щодо подальших дій, потреби в очному огляді чи лікуванні.

Мені відомо та зрозуміло, що:

1. Консультація може проводитися у форматі відеодзвінка, аудіодзвінка або текстового спілкування.
2. Я можу надсилати фото, відео, скани документів, результати діагностики (КТ, МРТ, результати аналізів тощо).
3. Лікар аналізує надані матеріали настільки, наскільки це можливо **без очного огляду**.
4. **Я можу отримати:**
 - попередній висновок щодо стану здоров'я;
 - рекомендації щодо догляду, профілактики чи подальших обстежень;
 - рекомендацію про необхідність очного прийому;
 - направлення до вузького спеціаліста;
 - орієнтовні пояснення результатів діагностики.
5. Лікар веде короткий запис консультації в інформаційній системі/медичній карті.

Мені зрозуміло, що ця онлайн-консультація не є повноцінним та не основним медичним оглядом.

Лікар дистанційно **не може**:

- встановити остаточний клінічний діагноз;
- провести огляд із застосуванням інструментів та пальпації;
- виконувати лабораторну чи інструментальну діагностику;
- призначати лікування, що потребує очного контролю (ін'єкції, маніпуляції, процедури);
- несе обмежену відповідальність за точність оцінки, якщо надано нечіткі або неповні дані.

Усі рекомендації є інформаційними та попередніми. Для точного встановлення діагнозу та визначення точного плану лікування мені необхідно звернутися на очний прийом до відповідного лікаря.

Я підтверджую, що мені відомо про такі **ризики**:

1. Неповнота діагностики через відсутність фізичного огляду.
2. Можливість неточності рекомендацій через погану якість фото або неповні відомості.
3. Технічні збої зв'язку, переривання консультації.
4. Онлайн-формат не підходить для надання допомоги у невідкладних або загрозливих станах.
5. Відповідальність за коректність наданої інформації несе Пацієнт.

Я даю згоду на обробку моїх персональних даних, у тому числі медичних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» з метою організації дистанційної консультації.

Я усвідомлюю, що передача даних через будь-які месенджери може містити певний технічний ризик, не залежний від лікаря чи медичного закладу.

Я підтверджую, що:

- надаю правдиву та повну інформацію про стан здоров'я;
- дотримуватимусь рекомендацій лікаря;
- у разі погіршення стану невідкладно звернуся очно;
- розумію, що онлайн-консультація не замінює очний огляд та лікування.

Я ознайомлений(а) з тим, що дистанційна медична консультація є платною послугою, та погоджуюся з обраним мною способом оплати, який узгоджений з лікарем/медичним закладом.

Лікар повинен обрати варіант:

1) Я здійснюю оплату до початку консультації відповідно до реквізитів, наданих лікарем або медичним закладом.

2) Я здійснюю оплату протягом _____ годин/днів після отримання консультації.

— Лікар має право відмовити в подальших консультаціях у разі порушення строків оплати.

Я ознайомлений в тому, що якщо я не надсилаю заперечень протягом 3 (трьох) годин після консультації, вважається, що послуга надана належним чином і прийнята мною без зауважень.

Я підписую цю Згоду кваліфікованим електронним підписом (КЕП/ЕЦП), що прирівнюється до власноручного підпису відповідно до Закону України «Про електронні довірчі послуги» або шляхом обміну електронними листами.

Підпис пацієнта (КЕП): _____

Дата: _____

Підпис лікаря: _____

Дата: _____