

Заполняется пациентом собственноручно по достижению возраста 15 лет!

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на передачу фотографий (видео) пациента для проведения
отсроченной телемедицинской консультации (по медицинским документам)**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____,
_____, дата выдачи: _____,

В соответствии с требованиями ст. 152.1 ГК РФ от 30.11.1994 № 51-ФЗ, ст. 9, ч.1 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных"

Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на передачу фото/видео материала, с моим изображением для проведения консультации по представленным мной медицинским документам (заочной консультации) в **РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России** (далее – РДКБ) и **ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** РДКБ использовать полученные фотографии (видео) с его (ее) изображением для подготовки медицинского заключения (заключения о диагнозе, заключения о необходимости проведения дополнительных обследований и/или предоставления дополнительной информации, рекомендаций по лечению и наблюдению по месту жительства, заключение о целесообразности госпитализации или проведения очной консультации в РДКБ, а также иных указанных мной в заявлении на проведение заочной консультации целях).

Передача фото и видеоматериалов иным лицам может осуществляться только с моего письменного согласия.

У меня было достаточно времени для изучения этого документа.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-на) со всеми положениями настоящего документа, которые мне полностью понятны.

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно, но может быть отозвано мною путём направления в адрес РДКБ соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении), либо путем вручения лично под расписку представителю РДКБ.

Данное информированное добровольное согласие не отменяет какие-либо другие информированные согласия, подписанные мною ранее.

Дата заполнения документа: « _____ » _____ 202 ____ г.

Подпись пациента _____
(Ф.И.О.)