

Информированное добровольное согласие

на виды медицинских вмешательств, включенных 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, дееспособное совершеннолетнее лицо, **даю информированное добровольное согласие** (далее – **Согласие**) на следующий вид медицинского вмешательства, включенный 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. № 390н (далее – Перечень), для получения мной первичной медико-санитарной помощи, а именно консультирования меня с применением телемедицинских технологий, в том числе в соответствии с Программой экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности, в том числе с применением телемедицинских технологий и технологий сбора и обработки сведений о состоянии здоровья и диагнозах граждан, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 18.07.2023 г. N 1164 (далее – Программа ЭПР), в **Обществе с ограниченной ответственностью «РенКлиника»** (ИНН 7840093388, ОГРН 1207800111474, Разрешение (Лицензия) на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00359730, действующее бессрочно с 08 февраля 2021 года, адрес местонахождения: 125375, Россия, Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Пресненский, б-р Тверской, д. 18, стр. 2, помещ. 3) (далее – Клиника) в рамках исполнения условий Договора возмездного оказания услуг, заключенного с Клиникой на условиях Оферты о заключении договора возмездного оказания услуг, размещенной по адресу <https://budu.clinic>, а также в мобильном приложении «Budu: управляйте здоровьем» (далее – Договор):

- ✓ дистанционный опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
- Я ознакомился с информацией о порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе оказываемой в соответствии с Программой ЭПР (включая информацию о противопоказаниях), которая размещена Клиникой в доступной форме, на сайте Клиники <https://budu.clinic/> в сети «Интернет», а также в мобильном приложении «Budu: управляйте здоровьем».
- Я ознакомился с Договором и полностью принимаю его условия, подтверждаю, что подписание мной настоящего согласия простой электронной подписью после идентификации и Аутентификации меня в соответствии с Правилами ЭПР является акцептом Договора.
- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.
- Я уведомлен(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Я согласен(а) на проведение медицинского вмешательства в отношении меня медицинскими работниками Клиники, а также при оказании услуг не в рамках Программы ЭПР работниками иных Медицинских организаций, привлеченных Клиникой, сведения о которых размещены в Мобильном приложении Budu – Программное обеспечение право на использование которого предоставляется в порядке и на условиях Пользовательского соглашения с Акционерным обществом «Цифровые

технологии здоровья».

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, здоровья представляемого.

Я уведомлен и согласен с тем, что обладаю возможностью выбора лиц, которым, в соответствии с пунктом части 5 ст. 10 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти, либо о возможности отказа от передачи информации о состоянии моего здоровья иным лицам. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти, либо об отказе от выбора такого лица (таких лиц) будут направлены мною на адрес: 125375, Москва, Тверской бульвар, д. 18, стр. 2, помещ. 3.

Настоящее Согласие предоставлено мной Клинике и считается подписанным путем проставления галочки (отметки) напротив размещенного Согласия в мобильном приложении «Vudu: управляйте здоровьем» с использованием простой электронной подписи в соответствии с п. 2.2 Договора, и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью.