Главному врачу ГБУЗ «Больница имени В.В.Виноградова ДЗМ»

Шараповой О.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. гражданина)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(адрес места жительства)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(контактная информация: тел, e-mail)
ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ГРАЖДАНИНА
(пациента), в том числе законном представителе:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. представителя гражданина (пациента))
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(№ паспорта, документ, подтверждающий полномочия представителя)

**Заявление о предоставлении в письменном виде рекомендаций врача-специалиста после проведения телемедицинской консультации и согласие с направлением информации по незащищенным сетям**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получивший

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

дистанционную/телемедицинскую консультацию на платформе МЦМД на сайте [www.mcmd.me](http://www.mcmd.me)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача-консультанта, специализация)

в период с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.,

 Прошу Вас в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выдать мне на руки копию письменных рекомендаций, сделанных врачом-консультантом в ходе телемедицинской консультации, осуществленной на платформе МЦМД на сайте [www.mcmd.me](http://www.mcmd.me).

 В соответствии со статьей 7 Федерального Закона от 26 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

разрешаю ГБУЗ «Больница им В.В.Виноградова» ДЗМ г. Москвы направить по электронной почте рекомендации врача по итогу проведенной телемедицинской консультации пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

(законным представителям) либо третьим лицам, подтвердившим свои полномочия нотариально заверенной доверенностью, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лиц, которым разрешено получать информацию о здоровье пациента)

 Если по каким-либо причинам невозможно личное обращение законных представителей Пациента (третьих лиц), разрешаю высылать рекомендации по итогу телемедицинской консультации, а также результаты лабораторных и медицинских исследований (сканированное изображение бланка) по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

 Подписывая данное согласие, я информирован (-а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ГБУЗ «Больница им В.В.Виноградова» ДЗМ г. Москвы и ООО МЦМД. За взлом почтового ящика и утечку информации ГБУЗ «Больница им В.В.Виноградова» ДЗМ г. Москвы и ООО МЦМД ответственности не несут.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись пациента/законного представителя)