

**ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

Я, (ФИО) _____
прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное. Я подтверждаю, что ознакомлен(а)
с дополнительной информацией, касающейся особенностей телеконсультации и
условий ее предоставления и получил(а) удовлетворяющие меня разъяснения по
заданным мною перед подписанием настоящего документа о проведении
телемедицинской консультации вопросам.

(краткое содержание дополнительных вопросов - при их наличии заполняется пациентом)

Даю своё добровольное согласие на проведение телемедицинской
консультации.

Дата _____

Подпись _____ (_____)

Подпись представителей пациента (при невозможности личной подписи)

ФИО и статус представителя
