Договор

оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностический центр Алтайского края», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Вахловой Жанны Игоревны, действующего на основании Устава (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01151-22/00324867 от 15.02.2019 выдана Министерством здравоохранения Алтайского края), публикует настоящий «Договор оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее - Договор), являющийся публичной Офертой в адрес Потребителей платной медицинской помощи (медицинских услуг) с применением телемедицинских технологий в соответствии с требованиями ст. ст. 426, 437 Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Сторонами Договора являются Исполнитель и дееспособное физическое лицо, обратившееся за заключением Договора (далее – Потребитель) в своих интересах или в интересах другого лица.

Ознакомление Потребителя с Офертой осуществляется путем размещения действующей ее редакции на сайте по адресу:<https://online-visit.ru/>.

Потребитель, внимательно ознакомившись с текстом настоящей Оферты, в случае несогласия с каким-либо ее пунктом, имеет право воздержаться от использования предлагаемых услуг, и Договор считается незаключенным.

Полным и безоговорочным принятием (Акцептом) условий настоящей Оферты считается осуществление Потребителем конклюдентных действий: проставления отметок (галочек) о согласии с условиями настоящей Оферты и внесения оплаты за Услуги.

Акцепт настоящей Оферты означает, в том числе предоставление Потребителем согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение 2 к настоящему Договору), а также Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, в том числе включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение 1 к настоящему Договору).

Договор считается заключенным в письменной форме на основании положений ст. 160, п. 3 ст. 434, п. 3 ст. 438 ГК РФ (письменная форма договора считается соблюденной, если письменное предложение заключить договор принято путем Акцепта, совершенного конклюдентными действиями).

Договор заключается в каждом случае обращения Потребителя за платной медицинской помощью с применением телемедицинских технологий

Настоящая Оферта может быть в любое время в одностороннем порядке изменена Исполнителем. Такие изменения приобретают силу для Сторон только на будущее время.

1. Предмет Договора.
   1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему платную медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее - Услуга) в соответствии с требованиями, установленными законодательством, а Потребитель обязуется оплатить данную Услугу в соответствии с разделом 4 настоящего Договора.
   2. В Услугу медицинского онлайн-консультирования входит:
      1. Выбор врача, который будет проводить непосредственное медицинское онлайн- консультирование Потребителя;
      2. Проведение медицинской онлайн—консультации с использованием сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех»;
      3. Предоставление Потребителю заключения от врача с рекомендациями в форме электронных документов. При этом Потребитель понимает, что для наилучшего результата необходимо очно проконсультироваться с любым выбранным им самостоятельно профильным врачом.
   3. Услуги оказываются в целях:

профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации).

* 1. Исполнитель оказывает Услугу дистанционно с использованием интернет-сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех», (Алтайский край, г. Барнаул, пл. Баварина дом 2, пом. Н-50), адрес электронной почты: [pavel@online-visit.ru](mailto:pavel@online-visit.ru), телефон 89235612109.

1.5. Исполнитель подтверждает, что квалификация и компетенция врачей, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, соответствует требованиям государственных стандартов, а области медицинского консультирования являются разрешенными действующей на момент оказания услуг лицензией Исполнителя.

**2. Порядок и условия оказания медицинской помощи с применением**

**телемедицинских технологий**

2.1. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию, при которой Потребитель непосредственно взаимодействует с медицинским работником Исполнителя.

Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций предусматривает консультацию, при которой медицинский работник Исполнителя дистанционно изучает медицинские документы пациента и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с Потребителем. Отложенные консультации осуществляются врачом-рентгенологом при предоставлении Потребителем снимков в формате DICOM.

2.2. Потребитель самостоятельно осуществляет запись на консультацию к определенному медицинскому работнику (врачу) и в назначенное время происходит соединение медицинского работника (врача) с Потребителем.

2.3. Консультации не предоставляются по вопросам, когда врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Потребителем дистанционным способом; и по вопросам, когда необходимо получение дополнительной информации (инструментальные исследования, лабораторные исследования и пр.).

2.4. Медицинская помощь осуществляется врачом, который был выбран Потребителем самостоятельно. Вся информация об Исполнителе, врачах, проводящих консультации, размещается в открытом доступе на сайтах: <https://www.dcak.ru/>,<https://online-visit.ru/>.

2.5. Документы, содержащие информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, об имеющихся противопоказаниях и аллергических реакциях, Потребитель передает Исполнителю до или во время консультации в электронном виде в Личном кабинете Потребителя на сайт:<https://online-visit.ru/>., в соответствии с приложением 3 к настоящему договору. Услуга «Описание и интерпретация компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий» предоставляется в случае предоставления пациентом компьютерных томограмм в формате DICOM.

2.6. При проведении консультаций Потребителя с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного Потребителю лечения, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

2.7. Результатом консультации является предоставление Потребителю заключения от врача с рекомендациями в форме электронных документов. При этом Потребитель понимает, что для наилучшего результата необходимо очно проконсультироваться с любым выбранным им самостоятельно профильным врачом.

2.8. В случае обращения Потребителя без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2.9. Информация, указанная в пунктах 2.6. – 2.7. настоящего Договора размещается в Личном кабинете Потребителя на сайте:<https://online-visit.ru/>, после предоставления указанной информации консультация считается завершенной.

2.10. Материалы, полученные по результатам оказания Услуги, включая материалы, направленные на консультацию, медицинское заключение по результатам консультации, данные, внесенные в медицинскую документацию пациента, а также аудио и видео записи консультаций, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме подлежат хранению в Личном кабинете Потребителя на сайте:<https://online-visit.ru/> (интернет-сервис, предоставляется ООО «Рустелетех», адрес электронной почты: [pavel@online-visit.ru](mailto:pavel@online-visit.ru), телефон 89235612109) и вносятся в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края» (адрес электронной почты [office@dcak.ru](mailto:office@dcak.ru), телефон (3852) 24-38-20). Хранение документации, осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

2.11. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

# 3. Права и обязанности сторон

**3.1.** **Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Определить сроки оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий согласно текущему режиму работы Исполнителя.

3.1.2. Оказать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по выбору Потребителя.

3.1.3. Предоставить Потребителю устные и письменные консультации по вопросам, отнесенным к компетенции врача. Потребителю предоставляются консультации по всем вопросам, за исключением:

1) вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Потребителем дистанционным способом;

2) вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

3.1.4. Предоставить в течении 1 (одного) рабочего дня по итогам оказания услуги заключение врача в форме электронных документов, направленных в Личный кабинет Потребителя на сайт:<https://online-visit.ru/>. Медицинское заключение не является диагнозом и носит исключительно рекомендательный характер.

3.1.6. Предпринимать общепринятые технические и организационные меры для обеспечения конфиденциальности информации, получаемой или отправляемой Потребителем.

3.1.7. Обеспечивать доступ третьих лиц к содержанию беседы и переписки Потребителя и Исполнителя исключительно в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**3.2.** **Исполнитель вправе:**

3.2.1. Получить необходимую достоверную информацию от Потребителя, а также медицинские и иные документы, необходимые для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе историю болезни Потребителя и результаты анализов, в виде текста или графического изображения.

3.2.2. Определять и рекомендовать Потребителю необходимые виды, объем и сроки консультаций, диагностических исследований, прием лекарственных препаратов и лечебных процедур, выполнение лечебных, профилактических и иных мероприятий.

3.2.3. Отказать Потребителю в предоставлении Услуг в случае нарушения Потребителем условий настоящего Договора.

**3.3 Потребитель обязуется**:

3.3.1. Потребитель подтверждает, что на момент заключения Договора он является совершеннолетним, дееспособным гражданином, обладающим всеми правами для заключения и выполнения обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Потребитель обязуется указывать фамилию, имя и отчество пациента, и в дальнейшем фамилию, имя, отчество и должность врача при переписке с Исполнителем.

3.3.3. Предоставлять Исполнителю достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя на русском языке в виде документов, компьютерных файлов и устно, в том числе в соответствии с Приложением 2 к настоящему договору.

3.3.4. Информировать врача о перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и хирургических вмешательствах, известных ему аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, противопоказаниях к медицинским вмешательствам, а также о прохождении в текущий момент любых курсов лечения, как связанных с жалобами Потребителя, так и не связанных.

3.3.5. Принимая условия настоящего договора Потребитель соглашается с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство (оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий) в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору, а также согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**3.4.** **Потребитель имеет право:**

3.4.1. На доступную достоверную информацию об оказании Услуги.

3.4.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензий и сертификатов.

1. Стоимость Услуги и порядок расчетов

4.1. Стоимость Услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании действующего прейскуранта платных медицинских услуг Исполнителя. Прейскурант размещен на официальном сайте (<https://dcak.ru>). Стоимость Услуги не включает в себя банковскую комиссию, вознаграждение платежных систем и иные затраты, не связанные с оказанием медицинской помощи.

4.2. Оплата по договору осуществляется в безналичном порядке.

4.3. Оплата Услуг производится Потребителем в виде предоплаты в размере 100 % стоимости Услуги, с использованием сервиса, предоставляемого ООО «Рустелетех».

4.4. Доступ к Услуге предоставляется Потребителю только после поступления оплаты.

4.5. В случае отказа Потребителя от получения Услуги возврат предоплаты осуществляется по заявлению Пользователя, направленному в адрес ООО «Рустелетех».

4.6. В случае досрочного окончания оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по инициативе Потребителя оплата возврату не подлежит.

4.7. Услуга считается оказанной после получения Потребителем медицинского заключения в форме электронного документа в Личном кабинете Потребителя на сайте:<https://online-visit.ru/>.

5. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную [законодательством](http://internet.garant.ru/document/redirect/10164072/1025) Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за ухудшение самочувствия Потребителя вследствие естественного течения заболевания и (или) изменений здоровья, связанных с его возрастом или генетическими особенностями.

5.3. Исполнитель полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение, или иное, не указанное в Договоре, исполнение услуг, в случае предоставаления Исполнителю ненадлежащего качества и/или достоверности данных о состоянии здоровья и течении заболевания Потребителя.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств, препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5.5. К обстоятельствам непреодолимой силы (форс-мажорные обстоятельства) относятся: землетрясение, наводнение, пожар, эпидемия, любое другое стихийное бедствие, акты и иные действия государственных органов, война и военные действия, несанкционированный взлом электронной информации и программного обеспечения, а также сбой в работе или полный выход из строя технического оборудования не по вине Потребителя либо Исполнителя.

6.Конфиденциальность

* 1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
  2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, в соответствии с действующим законодательством РФ.

1. Срок действия Договора
   1. Договор вступает в силу с момента оплаты Потребителем Услуги (медицинской помощи с применением телемедицинских технологий).
   2. Договор считается исполненным по факту выполнения двухсторонних обязательств по настоящему договору.
   3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения Услуги договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
2. Заключительные положения
   1. До заключения настоящего договора Потребитель уведомлен, что имеет право получать медицинскую помощь в других медицинских организациях, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждает свое согласие на получение платных медицинских услуг.
   2. До заключения настоящего договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
   3. Настоящий Договор представляет собой полное юридическое соглашение между Потребителем и Исполнителем и регулирует предоставление услуг по Договору.
   4. Настоящий Договор формируется в электронном виде и хранится у Исполнителя.
   5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
3. **Реквизиты сторон**

**Исполнитель:**

|  |
| --- |
| **Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»**  Адрес юридический/почтовый:  656038, Алтайский край, г. Барнаул, Комсомольский пр., 75а (385-2) 24-38-20, ИНН 2224077476, КПП 222401001 БИК 010173001, Наименование получателя платежа: Министерство финансов Алтайского края (КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края».  л/с 20176U83500  К/с 03224643010000001700 в Банк:  ОТДЕЛЕНИЕ БАРНАУЛ БАНКА РОССИИ//УФК по Алтайскому краю г. Барнаул, Единый казначейский счет 40102810045370000009, КБК 00000000000000000130  Главный врач Ж.И. Вахлова |

Приложение 1

к договору оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Потребитель, обладая полной информацией о целях, рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах, возможности и условиях оказания медицинской помощи и медицинских услуг, дает свое добровольное согласие на проведение ему (лицу, законным представителем которого он является) телемедицинской консультации специалистами КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края».

При этом Потребитель удостоверяет, что получил полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные им вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации, о рисках и пользе телемедицинской консультации.

Потребитель понимает, что может отказаться от любого медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Потребитель подтверждает, что согласен с тем, что медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий, не заменяет очной консультации, и он (представляемое им лицо) могут (может) получить очную консультацию при непосредственном обращении в медицинское учреждение.

Потребитель осознает, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая его болезни (болезни представляемого им лица) будет осуществляться по решениям непосредственно лечащего врача.

Потребитель уведомлен и согласен с тем, что, получая медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий, в дальнейшем ему (представляемому им лицу) рекомендовано получить очную консультацию любого врача выбранного самостоятельно, той же специальности на следующий день или незамедлительно, как только представится физическая возможность после получения медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий, с целью подтверждения или корректировки медицинского заключения.

Потребитель согласен с тем, что использованная технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Потребитель оповещен, что информация о нем (лице, законным представителем которого он является) и его медицинских данных (медицинских данных лица, законным представителем которого он является) будет конфиденциальной и может быть раскрыта только в ситуациях, предусмотренных [ФЗ](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Потребитель подтверждает, что ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Потребитель удостоверяет, что текст информированного согласия на телемедицинскую консультацию им прочитан, ему понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к договору оказания платной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Субъект персональных данных

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Ф.И.О. субъекта персональных данных)*

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

основной документ, удостоверяющий личность: *паспорт*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

сведения о выдавшем его органе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Консультативно-диагностический центр Алтайского края» (далее - Оператор), 656038, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Комсомольский, 75а, на получение и обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, место работы (службы), профессия (должность), воинское (специальное) звание, страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования, данные полиса обязательного медицинского страхования и/или полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в том числе сведения (документы), полученные из медицинских и иных организаций, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, видах оказанной медицинской помощи, условиях и сроках оказания медицинской помощи, объемах оказанной медицинской помощи, результатах обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности, сведения об оказанных медицинских услугах, примененных стандартах медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, биометрические персональные данные и иные сведения, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (медицинской помощи), обследования, назначения и осуществления лечения, в том числе в целях исполнения Оператором обязательств по договорам (контрактам, соглашениям) на оказание медицинских услуг (медицинской помощи), а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью либо лицом обязанным сохранять врачебную тайну и/или конфиденциальность персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Предоставляю право Оператору (медицинским работникам Оператора) передавать мои персональные данные (в том числе по каналам связи, посредством проведения телеконсультаций и телеконференций) содержащие сведения, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, другим медицинским организациям (сотрудникам медицинских организаций) в интересах моего обследования и лечения, решения задач возникающих в ходе лечебно-диагностического процесса, по тактике диагностики, лечения, госпитализации и т.д.; государственным органам и организациям для реализации мер социальной защиты, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Алтайского края, а также решения вопросов, связанных с охраной здоровья.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки моих персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также иные документы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и предоставление отчетных данных (документов), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинских услуг, в том числе по обязательному и/или добровольному медицинскому страхованию, по договорам (контрактам, соглашениям) на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) и др. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, находящиеся в истории моей болезни.

Оператор в соответствии с документами (нормативными правовыми актами, договорами (контрактами, соглашениями), иными документами, регламентирующими передачу моих персональных данных), в целях исполнения Оператором обязательств, предусмотренных данными документами, имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, в том числе содержащими сведения, составляющие врачебную тайну, с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Министерством здравоохранения Алтайского края, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, страховыми организациями, медицинскими организациями, Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, заказчиками, приобретающими медицинские услуги в мою пользу по договорам (контрактам, соглашениям) на оказание медицинских услуг (медицинской помощи), а также на предоставление, передачу моих персональных данных Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, её структурным подразделениям, иным организациям, с использованием машинных носителей, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну или конфиденциальность персональных данных (конфиденциальность информации).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Мои персональные данные, в том числе содержащиеся в первичных медицинских документах (медицинской карте) подлежат хранению в течении сроков, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в течение 30 календарных дней с момента получения отзыва или в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я утверждаю, что я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие дано « \_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*подпись Ф.И.О.*

Приложение 3

к договору о предоставлении платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий

**Необходимые сведения для предоставления Услуг**

**Анкета пациента**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Пол |  |
| Возраст |  |
| Рост (см) |  |
| Вес (кг) |  |
| Окружность талии (см) |  |
| Имеющиеся у Вас хронические заболевания |  |
| Перенесенные Вами травмы, переломы, оперативные вмешательства (при наличии) с указанием объема операции или травмы и года, желательно прикрепить сканы/фотографии заключений, выписок, гистологического обследования: |  |
| Принимаемые Вами в настоящее время лекарственные препараты, их дозы и режим приема |  |
| Данные об уровне артериального давления (повышенное/периодически повышенное/ гипертоническая болезнь), при повышении давления - указать максимальные цифры артериального давления, как давно происходит повышение давления, лекарственные препараты с дозами (при наличии): |  |
| Другие сведения, которые Вы считаете необходимым сообщить врачу |  |
| Результаты ранее проведенных обследований (прикрепляются в электронном виде или путем внесения данных в анкету пациента с указанием референсные пределы (нормативы) лаборатории для каждого исследованного показателя) |  |

**Необходимые результаты обследований для пациентов с сахарным диабетом**:

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, гемоглобин гликозилированный, АСТ, АЛТ, билирубин, липидограмма, калий, натрий, анализ мочи на микроальбумин, креатинин, мочевина, мочевая кислота), ЭКГ, заключение офтальмолога, заключения кардиолога, невролога, других специалистов, других обследований (при наличии)

**Дневник питания и гликемии**

**для пациентов с сахарным диабетом 2 типа**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Записать что и сколько съедено | Измерение сахара крови по глюкометру | Прием препаратов: время, доза, название |
| Завтрак,  время: |  | До завтрака натощак: |  |
| Перекус (если есть), время: |  | После завтрака: |  |
| обед, время: |  | До обеда: |  |
| Перекус (если есть), время: |  | После обеда: |  |
| Ужин, время: |  | До ужина: |  |
| Перекус (если есть), время: |  | После ужина: |  |
|  |  | На ночь в 21.00: |  |

**Дневник питания и гликемии**

**для пациентов с сахарным диабетом 1 типа**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Понедельник** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |

| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Вторник** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Среда** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Четверг** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Пятница** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Суббота** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Воскресенье** | | | | | | | | | |
| дата |  |  |  | Коэф чувствительности = |  |  | Целевая гликемия = |  |  |
| **время** | **сахар** | **ХЕ** | **Меню (съеденная пища)** | **К на еду** | **Расчет дозы короткого инсулина** | | | **Доза длинного инсулина** | **Комментарии, вопросы** |
| ***Вид инсулина*** | | | ***Вид инсулина*** |
| *доза на еду* | *доза на коррекцию* | *всего* |  |
| **перед завтраком (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после завтрака (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед обедом (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после обеда (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **перед ужином (время)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| через 2 часа после ужина (время) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06-00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |