

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ РЕЦЕПТОВ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального Закона РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) врачом:

а) о том, что электронный рецепт – электронный медицинский документ, с которым можно покупать рецептурные лекарства и медицинские изделия с помощью сервиса «Электронный рецепт», который обеспечивает выполнение отдельных взаимосвязанных функций по обработке, хранению, проверке и предоставлению доступа к рецептам на лекарственные препараты в форме электронного документа (далее электронный рецепт), а также формирование и обработку информации, содержащейся в базах данных, используемых для выписки и учета электронных рецептов на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

б) о том, что оформление электронного рецепта осуществляется с согласия пациента или представителя пациента, в порядке предусмотренном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 года № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»;

в) о том, что при регистрации электронного рецепта ему присваивается уникальный идентификатор, состоящий из номера рецепта. Дополнительно формируется уникальный код рецепта в машиночитаемом формате (далее - QR-код) для идентификации рецепта и лица, обратившегося за отпуском лекарственных препаратов в аптечную организацию;

г) о том, что по требованию пациента или его представителя оформляется экземпляр электронного рецепта на бумажном носителе с отметкой «Дубликат электронного документа». В случае отказа пациента от оформления электронного рецепта на лекарственный препарат пациенту оформляется рецепт на лекарственный препарат на бумажном носителе.

д) о том, что для получения назначенного лекарственного препарата пациент или его представитель предъявляет QR-код и документ, удостоверяющий личность, в аптечной организации, являющейся участником информационного взаимодействия. QR-код может быть предъявлен на экране мобильного устройства или в виде «Дубликата электронного документа»;

е) о том, что пользователь Сервиса может получить QR-код в личном кабинете мобильного приложения Сервиса. Пользователи Сервиса самостоятельно обеспечивают сохранность QR-кода от доступа к нему посторонних лиц. Допускается передача QR-кода представителю пользователя Сервиса для получения лекарственного препарата в аптечной организации в том же порядке и в тех же случаях, что и передача рецепта в форме бумажного документа.

ж) о том, что при передаче QR-кода работнику аптечной организации, пользователь Сервиса выражает согласие на обработку и передачу своих персональных данных, той аптечной организации, которой он передает QR-код, а также Техническому оператору Сервиса.

Я согласен(а) на предложенное мне оформление рецептов в форме электронного документа.

Я имела(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Своей подписью я подтверждаю, что мною получена, и я её понял(а), вся интересующая информация в доступной для меня форме. В данный момент я нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью:

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие/ информированный отказ (не нужно зачеркнуть).

Законный _____
Представитель Подпись Ф.И.О. (полностью) Дата

Врач _____
 Подпись Ф.И.О. (полностью) Дата