

Согласие на применение электронной подписи пациента при оформлении электронных документов

Я, _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____, контактный телефон _____, карта № _____

подтверждаю своё согласие на передачу образца моей собственноручной подписи для формирования простой электронной подписи в ООО «Поликлиника «Лекон», хранения и использования её при подписании следующих электронных документов для оказания медицинских услуг на время действия договора:

1. Договор на оказание платных медицинских услуг;
2. Информированное добровольное согласие (общее) на виды медицинских вмешательств;
3. Письменное согласие на обработку персональных данных;
4. Памятка о правах и обязанностях пациента
5. Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства.
6. Информированное добровольное согласие на введение внутриматочного контрацептива.
7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
8. Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство.
9. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.
10. Информированное добровольное согласие на проведение медикаментозного завершения неразвивающейся беременности.
11. Информированное добровольное согласие на формирование листка нетрудоспособности.
12. Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства (введения анти-резусного иммуноглобулина)
13. Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства (проведения психокоррекции клиническим психологом)
14. Приложение №1 к договору оказания платных медицинских услуг (Акт оказанных услуг);

и подтверждаю, что вышеперечисленные документы имеют юридическую силу наравне с документами, подписанных собственноручной подписью.

Перечень документов является закрытым и его расширение возможно только по добровольному согласию физического лица, пациента-клиента поликлиники.

_____/ _____ / « 12 » февраля 2019г.
(подпись) (Фамилия И.О.) (дата)