

Информированное согласие
на рентгенологическое исследование

Я, _____,
даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.

Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО «Виктория Дент».

(подпись пациента)