**Информированное согласие на рентгенологическое исследование**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача/ по собственному желанию(нужное подчеркнуть), рентгенологического исследования полости рта.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического исследования. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время исследования будет зарегистрирована в амбулаторной истории пациента и в журнале учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических исследований.

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.

Со своими правами установленными ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» ознакомлен(а).

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись врача)

**Информированное согласие на рентгенологическое исследование**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача/ по собственному желанию(нужное подчеркнуть), рентгенологического исследования полости рта.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического исследования. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время исследования будет зарегистрирована в амбулаторной истории пациента и в журнале учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических исследований.

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.

Со своими правами установленными ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» ознакомлен(а).

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись врача)