

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение рентгенологического исследования

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 4, 5, 9, 10, 13, 20, 22, 23 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

1. Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)  
являюсь законным представителем несовершеннолетнего

- \_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)
- получил (а) все необходимые разъяснения о целях и характере рентгенологического исследования.
2. Даю согласие на предоставление мне сведений о результатах рентгенологического исследования.
  3. Я даю согласие на осмотр другими медработниками, предоставлении сведений медицинского характера, полученных при оказании мед. услуг, исключительно в мед. целях, с учетом сохранения врачебной тайны.
  4. Я подтверждаю, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное, имел (а) возможность обсудить с врачом все интересующие непонятные мне вопросы, связанные с проведением диагностического исследования. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов.
  5. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение диагностического исследования.
  6. Я проинформирован (а) об альтернативных данному виду диагностического исследования и о преимуществах данного вида.
  7. Мне разъяснен порядок и содержание диагностического исследования.
  8. Я разрешаю использовать информацию о моем здоровье для научных и образовательных целей при условии анонимности.
  9. Я обязуюсь известить медработника до проведения рентгенологического исследования о наличии противопоказаний: беременность, пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени, т.к. сокрытие информации о состоянии моего здоровья, может способствовать развитию местных или общих осложнений или даже стать их причиной.
  10. Я ставлю в известность, что не болею эпилепсией, клаустрофобией.
- Содержание документа мною прочитано, разъяснено мне рентгенолаборантом, оно полностью мне понятно, дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью

\_\_\_\_\_  
ФИО пациента/законного представителя (собственноручно)

\_\_\_\_\_  
подпись

Дата	Вид исследования, номер зуба	Лучевая нагрузка	Подпись пациента/законного представителя	Подпись рентгенолаборанта

АО «Бланкиздат», а5, (1059), 09-23, т. 500, тел. 78-38-76