



Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п. 6. и 7.) до проведения рентгенологического обследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования.

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

Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).

Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента (психо-эмоционального состояния), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я достоверно передал информацию о состоянии моего здоровья, а также понимаю необходимость выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться и визитов в указанные сроки.

Я подтверждаю, что я не состою (состою) на учете у узких специалистов по заболеваниям, которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне рентгенологического обследования.

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Пациент  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО , подпись

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г