Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (рентгенологическое исследование)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я пациент(ка),_____ даю информированное добровольное согласие на рентгенологическое исследование в ООО «СТЕП ТУ ДЕНТ».

Я даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования в области _____.

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.

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

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками медицинской организации.

Мое решение провести исследование является свободным и добровольным.

Мне объяснено, что я могу получить бесплатную стоматологическую помощь по ОМС (Обязательное Медицинское Страхование), обратившись в поликлинику по месту жительства.

Подпись пациента (законного представителя) _____ « »_____20___г.