

Информированное добровольное согласие на рентгенологическое исследование

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения
гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес
регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ в отношении ____ Фамилия, Имя
Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения
пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае
проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание
медицинской помощи в ____ ООО «Никор-Мед»

Я даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования ____ анатомическая
область тела ____.

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, что я
удостоверяю своей подписью.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в
соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана
информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем
которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)		
	Подпись	Фамилия Имя Отчество
Медицинский специалист		
	Подпись	Фамилия Имя Отчество

« ____ » _____ Г.