

Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования

Я, _____

Находясь на лечении в стоматологической клинике ООО «Медикус», даю информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, составления рационального плана протезирования.

- Лечащим врачом мне разъяснены польза и вред данного метода исследования.
- Мне объяснено, что в моем случае нет альтернативного метода исследования.
- *Для женщин:* Я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности.
- Все рентгенологические снимки зубов остаются в стоматологической клинике ООО «Медикус», так как являются юридическим документом.
- Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. Обо всех последствиях отказа я предупрежден(а).
- Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение мне рентгенологического исследования.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования

Я, _____

Находясь на лечении в стоматологической клинике ООО «Медикус», даю информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, составления рационального плана протезирования.

- Лечащим врачом мне разъяснены польза и вред данного метода исследования.
- Мне объяснено, что в моем случае нет альтернативного метода исследования.
- *Для женщин:* Я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности.
- Все рентгенологические снимки зубов остаются в стоматологической клинике ООО «Медикус», так как являются юридическим документом.
- Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. Обо всех последствиях отказа я предупрежден(а).
- Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение мне рентгенологического исследования.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____