

**ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского рентгенологического обследования**

Я, \_\_\_\_\_, даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.

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.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке я подтверждаю свое согласие на проведение рентгенологического обследования в ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь».

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись пациента

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

2019 г. ИПК «Газпресс». 3. 221. Т. 1000.

**ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского рентгенологического обследования**

Я, \_\_\_\_\_, даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.

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.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке я подтверждаю свое согласие на проведение рентгенологического обследования в ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь».

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись пациента

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

2019 г. ИПК «Газпресс». 3. 221. Т. 1000.