

## Информированное добровольное согласие на рентгенологическое исследование.

я, \_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество пациента полностью)

Даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования: \_\_\_\_\_

(наименование 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.

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

Пациент \_\_\_\_\_

Рентгенлаборант \_\_\_\_\_