

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ»

ИНН/КПП 5032296173/503201001 ОГРН 1185053010691

Лицензия № ЛО41-01162-50/00340605 выдана Министерством здравоохранения Московской области
13.02.2020г.

Приложение №1
к договору на оказание платных
медицинских услуг от «АРТИ»

**Информированное добровольное согласие
на рентгенологическое обследование**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона
№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая
информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями
проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным
условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, _____, обращаюсь в клинику для проведения
(фамилия, имя, отчество пациента)

диагностики, лечения зубов и профилактически заболеваний ротовой полости. Мне были даны подробные
объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и альтернативных методах диагностики и
лечения зубов и десен.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время
лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести каче-
ственное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный
срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры
радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во
время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при про-
ведении рентгенологического обследования.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью ме-
дицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его
подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем
расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
подпись врача (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 20__ г.