

**Інформована добровільна згода
на проведення обстеження і діагностики**

Я, _____,
згоден (-на) на проведення обстеження і діагностики (ортопантомографія (з функцією 3D), прицільна рентгенографія, фото- і апаратна діагностика) в **Медичному центрі ТОВ «ПЕРІО ЦЕНТР»**.

Діагностичні дослідження виконуються з метою покращення діагностики захворювань щелепно-лицьової ділянки та здійснення рентгенологічного контролю проведення лікування. Я розумію, що рентгенологічне дослідження проводиться у разі необхідності, встановленої лікарем-стоматологом відповідної спеціальності та у встановлені ним терміни. Я також розумію, що рентгенологічне дослідження здійснюється з використанням іонізуючого випромінювання, яке не перевищує встановлених МОЗ України доз у розмірі 1 мЗв. У певних випадках лікар може призначити проведення додаткового рентгенологічного дослідження для отримання більш якісного зображення.

Я мав (-ла) можливість поставити всі питання і отримав (-ла) вичерпні відповіді на них. Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

«___» _____ 20__ р.