

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на проведение лучевой диагностики  
(рентгенография, маммография, денситометрия, магнитно-резонансная  
томография, компьютерная томография)**

(подчеркните, пожалуйста, необходимое исследование)

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральному закону «О радиационной безопасности населения» № 3-ФЗ от 05.12.1995 года (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ), приказа МЗ СССР «Об упорядочении рентгенологических обследований» № 129 от 29 марта 1990 года, приказа МЗ РСФСР «О совершенствовании службы лучевой диагностики» № 132 от 02.08.1991 года, СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований».

Я, \_\_\_\_\_, действующий(ая) от имени и в интересах представляемого лица \_\_\_\_\_, даю согласие на проведение \_\_\_\_\_ по моему добровольному желанию и прошу провести мне все необходимые исследования, связанные с диагностикой моего заболевания.

1. Мне разъяснены содержание и последовательность диагностического исследования. Я получил(а) информацию о стоимости предстоящего обследования, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение (исследование, манипуляция) не гарантирует достижение 100% результата и что при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.

4. Я доверяю врачу и сотрудникам кабинета проведение рентгенографии, маммографии, денситометрии, МРТ, КТ (подчеркните необходимое).

5. Я информирован(а) об альтернативных методах диагностики и преимуществах лучевой диагностики перед ними.

6. Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость в расширении обследования и/или внутривенном введении контрастного вещества. Я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза. В случае моего отказа врачи отделения лучевой диагностики не несут ответственности за достоверность результата исследования.

7. Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наличии беременности, в том числе предполагаемой, проведенных мне оперативных вмешательствах и отсутствие в организме металлических объектов, что зафиксировано в заполненной анкете, а также сообщил достоверные сведения о предыдущем прохождении аналогичных обследований.

8. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие по проведению лучевой диагностики в соответствии Федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

9. Содержание настоящего документа мной прочитано и разъяснено мне медицинскими работниками, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

10. Всю ответственность за несоответствие сведений, которые я должен сообщить в пунктах 4 и 5 настоящего документа, принимаю на себя.

Подпись пациента (с 15 лет) \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Бланк проверен, врач \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.