

РКТ-ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЯ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗОНКОВ № _____

Ф. И. О. (полностью, русскими) _____

Ф. И. (латинскими, как в паспорте) _____

Адрес проживания _____

Дата рождения _____ Рост _____ Вес _____

Жалобы, относящиеся к области исследования _____

Проходили ли Вы ранее РКТ-остеоденситометрию? _____

Согласие на рентгеновское исследование

Я, _____, в доступной форме проинформирован(-а) врачом-специалистом о цели медицинского облучения, назначенном мне РКТ-исследовании, ожидаемой дозе облучения и возможных последствиях медицинского облучения, которое проводится в соответствии с пунктами 2 и 3 статьи 33 Закона Республики Беларусь от 18.06.2019 № 198-З «О радиационной безопасности», пунктами 212 (для всех пациентов) и 215 (для женщин) Санитарных норм и правил «Требования к обеспечению радиационной безопасности персонала и населения при осуществлении деятельности по использованию атомной энергии и источников ионизирующего излучения, утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2013 № 137.

Мне разъяснено о праве отказаться от процедур, связанных с медицинским облучением.

Даю информированное добровольное согласие на медицинское облучение и проведение РКТ-исследования, которое является процедурой, связанной с медицинским облучением.

Ознакомлен, что для обработки персональных данных в рамках организации оказания медицинской помощи не требуется получение согласия на обработку персональных данных, поскольку такая обработка осуществляется на основании абзаца шестого пункта 2 статьи 8 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-З «О защите персональных данных».

« _____ » _____ 20 _____

_____ (Подпись пациента)