

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение маммографии и дуктографии.**

Я, _____, даю согласие на проведение необходимых исследований, связанных с диагностикой моего заболевания.

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

2. Я доверяю врачу и сотрудникам кабинета проведение маммографии.

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

4. 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 результат исследования.

5. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, беременности, в том числе предполагаемой, проведенных мне оперативных вмешательствах и отсутствие в организме металлических объектов, что зафиксировано в заполненной анкете.

6. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие по проведению лучевой диагностики в соответствии со статьей 30, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 01.12.2004 № 151-ФЗ.

7. Содержание настоящего документа мной прочитано и разъяснено мне сотрудниками отделения, оно мне полностью понятно, что и удостоверяю своей подписью.

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

Согласно Федеральному закону «Об информации, информатизации и защите информации» от 20.02.1995г. №24-ФЗ все персональные данные пациента получают от самого пациента и от третьих лиц с письменного согласия на их получение. На допускается сообщение персональных данных пациента третьим сторонам без письменного согласия пациента, за исключением случаев предусмотренных законодательством РФ.

Подпись пациента (с 15 лет) _____ « _____ » _____ 201__ г.

Подпись законного представителя _____ « _____ » _____ 201__ г.

Бланк проверен, врач _____ « _____ » _____ 201__ г.