4D – Digital Dental Diagnostic Data
София, ул.„Рикардо Вакарини“ № 6

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ

Име на пациента:
ЕГН:
Тел.: Имейл:
Име на настойник или родител:
Име на лекар назначил изследването:

Рентгенови методи на изследване се назначават съгласно общомедицинското правило за максимална диагностична полза при минимално облъчване. При рентгеновите изследвания в денталната медицина се използват минимални дози, които още повече са редуцирани в съвременните дигитални апарати. Чрез денталните графии се установяват процеси и състояния на зъбите, зъбните зародиши, челюстите, лицевите кости, темпоромандибуларната става, въздушните проходи и синуси, при CBCT и на меките тъкани.

Жените в детеродна възраст трябва винаги да информират, ако има някаква вероятност за бременност.

Рентгеновите изследвания са напълно безболезнени.

Някои изследвания могат да доведат до лек дискомфорт, при центриране на главата в рентгеновия апарат, но това е само за много кратко време.

Бях подробно информиран/а относно целта, същността и значението на това изследване. Беше ми предоставена възможност да задавам въпроси относно подробности за ползата и рисковете от провеждането на това изследване. Получих задоволителни отговори на всички въпроси поставени от мен. Беше ми предоставено достатъчно време да взема решение за настоящето съгласие.

Запознат съм с регламента GDPR за предоставяне и обработване на лични данни за целите на медицинската диагноза и документация.

Подпис:

Дата: