PROJEKTAS

PATVIRTINTA

VšĮ Rokiškio PASPC

Direktoriaus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2019 m.\_\_\_\_\_\_mėn.\_\_\_d.

įsakymu Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS DANTŲ RENTGENO PROCEDŪRAI**

Aš\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(paciento vardas, pavardė, gimimo data, jei pasirašo atstovas, nurodomas atstovavimo pagrindas)

SUTINKU, kad man būtų atlikta dantų rentgenograma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įrašyti lokalizaciją ir skaičių)

Pasirašydamas /-a šį sutikimą patvirtinu, kad:

1. gydytojas odontologas/burnos priežiūros specialistas man paaiškino diagnostikos ypatumus bei jų alternatyvas, taip pat galimas rizikas;
2. tyrimo tikslas – patikslinti dantų patologijos priežastį ar dantų būklę. Man paaiškinta, kad apšvitos dozė bus minimali.

2. esu supažindintas/-a su visomis galimomis komplikacijomis: labai retai – apšvita.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data**  **Paciento (atstovo) parašas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tyrimą atlikęs burnos priežiūros specialistas** (vardas, pavardė, parašas)