



# Согласие на рентгеновский снимок



Имя/Фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

С помощью рентгеновского снимка можно получить важную информацию для диагностики и лечения зубов и пародонта.

Наши рентгеновские аппараты регулярно проверяются органами по радиационной безопасности. Рентгеновские снимки отображаются в современной цифровой форме. Мы обязуемся ограничить количество рентгеновских снимков до минимального количества, необходимого для лечения. Эти меры позволяют ограничить дозу облучения, необходимую для получения рентгеновских снимков, и тем самым минимизировать радиационную нагрузку. Ответы на следующие вопросы требуются по закону в соответствии с § 28 / 1 RöV (предписание по проведению рентгена).

**1. Вы даёте Ваше согласие на рентгеновский снимок Вашей дочери/Вашему сыну?**

да     нет    \_\_\_\_\_

**2. Делали ли Вашей дочери/Вашему сыну рентгеновские снимки в течение последних 12 месяцев?**

да     нет

**3. Для девушек от 12 лет: Вы беременны?**

да     нет     не знаю

**4. Есть ли у Вас рентгеновский паспорт для Вашей дочери/Вашего сына?**

да     нет

Место: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_