

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского
вмешательства рентгенологическое исследование зубочелюстной системы**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

До проведения рентгенографии зубов и челюстей, получил (а) от медицинских работников и врача, интересующую меня информацию, о предстоящем рентгенологическом исследовании с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике и возможных ощущениях во время его проведения.

Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы (дентальной, ортопантомографии и т.п.), позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма.

Мне разъяснено, что наиболее информативным, способом рентгенологического исследования зубочелюстной системы является компьютерная томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры.

Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях:

- беременность (только по жизненным показаниям);
- отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой;
- работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений;
- назначение рентгенологических исследований, детям до 14 лет осуществляется врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Мое решение, о проведении рентгенологического исследования, является добровольным.

Пациент _____ / _____ /

Беседу провел врач _____ / _____ /

В присутствии (должность, фамилия, инициалы, подпись присутствующих сотрудников): _____

Дата: ____ . ____ . ____ г.