

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Я, <КЛИЕНТ_ПЛАТ>,

действуя в интересах <КЛИЕНТ_ФИО> <КЛИЕНТ_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г.р.

соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете специально оборудованном для этого. Мне сообщена, разъяснена врачом и понята следующая информация о сути данного обследования: Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: выполнение панорамной рентгенографии или конусно-лучевой томографии до проведения стоматологического лечения. На основании панорамной рентгенографии или конусно-лучевой томографии стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух; по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)

Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: Беременность в первые 3 месяца. Отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – 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 только с согласия и в присутствии родителей.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования. Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____ / <КЛИЕНТ_ПЛАТ> /

Дата « ____ » _____ 201__ г.

Подпись врача _____ / _____ / Дата « ____ » _____ 201__ г.