Приложение
к Стоматологической карте № _____ от «____» _____ 20__ г.

Информированное согласие
на выполнение рентгенологического исследования

Я, _____
был проинформирован и понимаю цель и суть проведения рентгенологического исследования.

В соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» № 1006 от 04.10.2012г., настоящий документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Мне сообщена следующая информация о сути медицинской услуги:

1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
2.1. обязательное выполнение ортопантомограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантомограммы стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
2.2 по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.
3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
4. 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.).
5. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
5.1. беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
5.2. отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
5.3. выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
6. Назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет осуществляется только по клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.
7. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.
Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____.

(указать какие, если имеются исключения)

8. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:
8.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
8.2. 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 (Лист вклеивается в медицинскую карту).

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я разрешаю, Не разрешаю (*ненужное зачеркнуть*) использование моих фотографий, выполненных на этапах лечения, сведений, касающихся моего заболевания, без указания персональных сведений с научной и практической целью.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: _____

Дата _____

Подпись врача: _____