

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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

1. _____ Я,

соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы будет проводить рентгенолаборант стоматологической клиники ООО «Семейная стоматология»

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна следующая информация о сути данного обследования:

2.1. Назначение обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

- по клиническим показаниям, в процессе стоматологического лечения, дополнительно, при необходимости (по назначению врача - стоматолога) выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.
- цифровая рентгенография зубов выполняется в стоматологической клинике с использованием радиовизиографа.

3. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

3.1. беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

3.2. отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний, менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);

3.3. выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием рентгеновских излучений.

4. Я обязуюсь известить лечащего врача или рентгенолаборанта о наличии перечисленных выше противопоказаний (пп. 3.1.; 3.2.; и 3.3.) до проведения рентгенологического обследования

5 Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о проведении рентгенологического обследования:

5.1 рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (радиовизиограф), которая обеспечивает минимальную, безопасную дозу облучения.

5.2 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 учета дозовых нагрузок вклеивается в медицинскую карту или выдается на руки).

5.3 При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица и др.)

6. Назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям и направлению лечащего врача, с согласия и в присутствии законных представителей.

7. Мне была разъяснена и понятна информация о сути рентгенологического обследования, его проведении и предложены альтернативы рентгенологического обследования. Альтернативой предложенного рентгенологического обследования являются: ультразвуковое обследование челюстно-лицевой области, магнитно-резонансная томография зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстных суставов, верхнечелюстных и околоносовых пазух.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование мне или несовершеннолетнему ребенку до 15 лет на предложенных условиях.

«__» _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

(ФИО полностью)