ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского рентгенологического обследования.

Я,_____, _____ г.
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя, дата рождения)

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших 15 лет:
Я,_____паспорт:_____,
выдан_____
Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:_____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Я даю свое согласие на проведение следующих медицинских услуг: на проведение рентгенологического исследования конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), прицельной рентгенографии зубов, ОПТГ-ортопантомограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы), прикусной (интерпроксимальной) рентгенографии (нужное подчеркнуть) с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, при операции по установке дентального имплантата, составления рационального плана ортодонтического, ортопедического, хирургического лечения.

Я подтверждаю, что достоверно проинформирован(а) о том, что для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо провести рентгенологическое обследование: прицельную рентгенограмму зубов, ОПТГ- ортопантомограмму (панорамную зонограмму зубочелюстной системы), КЛКТ. На основании прицельной рентгенограммы зубов, ОПТГ- ортопантомограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы), КЛКТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух. По клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения возможно проведение дополнительного рентгенологического исследования.

Я подтверждаю, что информирован(а) о возможности отказаться от медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения (за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011г.) на любом этапе исследования до получения его результатов, осознавая, что при этом врач не сможет спланировать и провести качественное гарантированное стоматологическое лечение и исключить осложнения после лечения.

Я подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение: прицельного рентгеновского снимка, ОПТГ, КЛКТ (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, сбой работы аппарата и т. д.).

Я подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что в обязательном порядке перед проведением рентгенологического исследования пациент должен снять металлические изделия с головы и шеи (серьги, цепочки, пирсинг, шпильки, заколки); съёмные конструкции из ротовой полости (протезы); слуховые аппараты, очки и 'Г.Д.

Я подтверждаю, что мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф, аппарат КЛКТ), 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 (лист вклеивается в медицинскую карту).

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.

Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- Беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям).

Для женщин: отметить [V] по состоянию на момент обследования беременность

Нет	

Да	

- 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 15 лет осуществляется только по показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Пациент _____ _____ _____
фамилия, имя, отчество подпись дата