

Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского диагностического (в том числе и рентгенологическое, магнито-резонансное, компьютерно-
томографическое) обследования

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан».

1. Я

соглашаюсь с тем, что диагностическое обследование зубочелюстной системы в стоматологическом кабинете будет проводить врач-стоматолог _____, либо сторонний исполнитель в лице _____

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

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

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

- обязательное выполнение **ортопантограммы** (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантограммы 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**. (Пленочную рентгенографию зубов осуществляет врач-рентгенолог или рентгенолаборант в рентгенодиагностическом кабинете на основании договора третьими лицами; цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется по договору третьими лицами).

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

2.4. При отказе от проведения необходимых диагностических обследований (особенно, ортопантограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

2.5. 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.).

2.6. Противопоказаниями для диагностического обследования являются:

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

- 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).

2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

3. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения обследования.

4. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях диагностического обследования:

4.1. Диагностика 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, о чем сообщается в условиях договора на дополнительную параклиническую диагностику с третьей стороной исполнителем.

4.2. Будут получены качественные результаты диагностики.

4.3. Персонал обязуется соблюдать контроль и меры безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (копия листа передаётся лечащему врачу исполнителем и вклеивается в медицинскую карту).

4.4. 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.

5. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного диагностического обследования.

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 и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение осуществить дополнительное диагностическое обследование (в том числе и рентгенологическое) на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____

Дата _____