УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Дента Арт»
_____ /В.Г. Кравченко/
Приложение № 3 к приказу 0603 от«06» марта 2017г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгеновского (радиовизиографического) обследования пациента в стоматологической клинике «Дента Арт».

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

1. Я, _____, законный представитель_____,
соглашаюсь с тем, что процедуру выполнения рентгеновского снимка зубочелюстной системы будет проводить рентгенолаборант, чтение рентгенограммы по необходимости будет проводить врач-рентгенолог другого медицинского учреждения по направлению врача-стоматолога или зубного врача в соответствующее учреждение.
2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:
2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог или зубной врач по клиническим показаниям.
2.2. Для проведения качественной диагностики и лечения различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняется цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе или пленочная рентгенография зубов на дентальном рентгеновском аппарате (в зависимости от технических возможностей клиники).
2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
2.5. При получении рентгеновского снимка неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение 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. Относительными противопоказаниями для рентгенологического 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 рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.
4. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:
4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной рентгенодиагностической стоматологической аппаратуры, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки зубочелюстной системы.
4.3. 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).
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 рентгенологического 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 рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Подпись пациента_____ Дата_____