

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского рентгенологического обследования.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьей 20 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____, выдан _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

до проведения рентгенографического обследования, получил(а) от медицинских работников и врача, интересующую меня информацию, о предстоящей процедуре с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике его проведения и возможных ощущениях во время процедуры. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографического исследования зубочелюстной системы, позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма.

Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным, способом рентгенологического исследования зубочелюстной системы является компьютерная томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей моего организма.

Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое исследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - 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 14 лет осуществляется врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Мое решение, о проведении рентгенологического исследования, является добровольным.

Пациент	_____	_____	_____
	фамилия, имя, отчество	подпись	дата
Врач	_____	_____	_____
	фамилия, имя, отчество	подпись	дата