**УТВЕРЖДАЮ**

**Генеральный директор**

 **ООО «Стоматология Сеченовых»**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Р.Ф. Сеченова/**

**Типовая форма**

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгеновского (радиовизиографического) обследования пациента в стоматологической клинике «Стоматология Сеченовых».**

 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_