

## **Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования.**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона об охране здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Я, \_\_\_\_\_ доверяю назначать проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, составления рационального плана протезирования; а также делать клиническое описание снимка. Согласно Закону РФ об охране граждан, принимать решение о разрешении рентгенодиагностики имеют право граждане с 15 лет, а до наступления данного возраста решение принимают взрослые (родители, опекун) в лице \_\_\_\_\_. Врач разъяснил мне все возможные реакции организма на проведение рентгенологического исследования, пользу и вред данного метода исследования. Мне объяснено, что в моем случае нет альтернативного метода исследования. Я осознаю, что средняя доза облучения, получаемая при проведении ортопантограммы - 100 мкЗв, прицельного рентгенологического снимка - 20 мкЗв, радиовизиографического исследования - 10 мкЗв.

Мне объяснили, что беременность (возможная или имеющаяся) не является абсолютным противопоказанием к рентгенодиагностике, но я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности.

Я предупрежден (а) о том, что согласно закона РФ об охране здоровья граждан ст. 31 и Указа Верховного Совета РФ для получения выписки (копии) из мед. карты, а также получения заключения по рентген. диагностике, сроки выполнения составляют до 1 месяца, с момента подачи личного заявления. Все рентгеновские снимки зубов остаются в мед. карте, так как являются юридическим документом и могут быть затребованы контролирующими, судебными и правоохранительными органами по официальному запросу. Возможно получение на руки личного экземпляра рентгеновского снимка за дополнительную плату.

Я информирован(а) врачом о соблюдении персоналом ООО «Стомат плюс» всех условий САНПиН по рентгенологической безопасности; о случаях нарушения оных, обязуюсь сообщить руководству клиники ООО "Стомат плюс" (администрации).

Я разрешаю использовать мои рентгеновские снимки для научной работы.

Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентген. исследования. О всех последствиях отказа я предупрежден(а).

Я подтверждаю что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_