

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского**

**рентгенологического обследования**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

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

1. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить врач-рентгенолог или рентгенолаборант.

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:
   1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
   2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
   3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
   4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантомограммы,) врач- стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
   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 и т.д.).
   6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологическое 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 своих источников ионизирующих излучений).

2.7. назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия родителей, что связанно с лучевой нагрузкой.

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 аппаратуры (ортопантомограф, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

4.2. Будут получены качественные рентгеновский снимки.

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 последствие во время и после рентгенологического обследования.

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

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ « О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с рентгенологическим обследованием меня (моего ребенка). Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг №\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.**

**Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.**

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**