**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ**

**МЕДИЦИНСКОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

1.​ Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование будет проводить врач-стоматолог, зубной врач ООО «Современная стоматология».

2.​ Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути обследования:

2.1.​ Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

2.2.​ Врач–стоматолог не сможет провести качественное лечение и исключить осложнение в случае отказа от проведения рентгенологического обследования.

2.3.​ При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)

2.4.​ Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

•​ Беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологическое обследование выполняется только по жизненным показаниям);

•​ Отягощённый 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);

3.​ Я обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п.2.4.) до проведения рентгенологического

обследования.

4.​ Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

4.1.​ Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной цифровой аппаратуры, которая даёт минимальную дозу (практически безопасную) облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

4.2.​ Будут получены качественные рентгеновские снимки.

4.3.​ Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с представлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учёта 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 все интересующие меня вопросы о сути и условиях рентгенологического обследования и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я согласен на использование полученных снимков для научной работы и учебного процесса.

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 условиях.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(законного представителя)