

**Информированное добровольное согласие
на проведение рентгенологического исследования**

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

_____ (ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)
рентгенологического исследования в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью медицинского вмешательства является:

получение информации об анатомо-морфологических свойствах зуба и окружающих тканей.

2. Характер, способ и этапы медицинского вмешательства

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения.

Мне разъяснено, что количество рентгеновских снимков зависит от диагноза и метода лечения стоматологического заболевания, от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей) и моего поведения во время проведения процедуры.

3. Наличие и виды альтернативного исследования

Я информирован(а), что альтернативным видом исследования является: компьютерная томография.

Преимуществом альтернативного вида исследования является: получение изучаемой области в трех плоскостях.

Недостатком альтернативного вида исследования является: более высокая степень лучевой нагрузки.

Рекомендованным видом исследования в рассматриваемом случае является: рентгенологическое исследование.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения исследования. При этом, обдумав альтернативные виды исследования и возможность отказа от проведения исследования, я даю согласие на проведение мне рекомендованного исследования.

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: беременность (исследование осуществляется только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - менее чем за шесть месяцев до даты проведения исследования); 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 ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны

здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (_____) « » _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

(подпись) (ФИО) « » _____ 202__ г.

Подпись Врача _____ (_____) « » _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)

Дача согласия в следующие посещения пациента		
Дата приема	Подпись пациента	Расшифровка подписи