

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на проведение рентгенологического исследования**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ « ____ » _____ г.р.
(фамилия, имя, отчество пациента) (дата рождения)

находясь на лечении в ООО «Стом-Дарт-Плюс» по моему добровольному желанию доверяю лечащему врачу назначить проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, а также делать клиническое описание снимка и соглашаюсь с тем, что проведение рентгенологического исследования будет проводить медицинский работник:

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Меня проинформировали:

- что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования;

- о характере рентгенологического исследования, целях, методике его проведения и возможных ощущениях во время процедуры. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографического исследования зубочелюстной системы, позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма.

- о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.

- об альтернативных данному виду методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.

- что не проводится рентгенологическое исследование в следующих случаях: отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений; назначение рентгенологических исследований, при беременности (только по жизненным показаниям)

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Меня информировали о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей моего организма.

Меня предупредили о том, что согласно Федеральному Закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» ст.4, ст.13, ст.22,ст.54, Письма МЗСР РФ № 734/МЗ-14 от 4.04.2005, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ для получения выписки (копии) из медицинской карты, а также получения заключения по рентгенодиагностике, сроки выполнения составляют 7 дней с момента подачи личного заявления. Все рентгенологические снимки зубов остаются в медицинской карте, так как являются юридическим документом.

Я информирован/а врачом о соблюдении персоналом ООО «Стом-Дарт-Плюс» всех условий Санитарных правил и нормативов по проведению рентгенологических исследований.

Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. О всех последствиях отказа я предупрежден/а, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я проинформировал/а врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

Я подтверждаю, что прочитал/а и понял/а все вышеизложенное и имел/а возможность обсудить все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях проведения рентгенологического исследования и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях с целью проведения рентгенологического исследования, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ / « ____ » _____ 202__ г.
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ / « ____ » _____ 202__ г.
(подпись врача) (расшифровка подписи)