ООО ЛЕЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ДЕНТАЛ СПА ПЛЮС»

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское рентгенологическое обследование**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, находясь на лечении в стоматологии ООО ЛЕЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ДЕНТАЛ СПА ПЛЮС», в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 N 323.

**даю информированное добровольное согласие на медицинское рентгенологическое обследование.**

Я разрешаю врачу назначить при необходимости диагностическое обследование

* Прицельная рентгенография зубов на физиографе

Я проинформирован(а) о том, что рентгеновский снимок необходим для получения максимально точного диагноза. Рентгенографическое обследование проводят при:

выявление кариозных поражений, не обнаруживаемых при осмотре полости рта;

выявление кариеса под пломбой;

выявление потери костной массы при заболевании десен;

выявление изменений в костной ткани или корневом канале в следствии инфекции;

выявление абцесса;

выявление других аномалий развития, например кист, опухолей;

при контроле эндодонтических мероприятий.

Я проинформирован(а) о том, что право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований,врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я проинформирован(а) о имеющихся противопоказаниях для рентгенологического обследования:

* беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические 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 источников ионизирующих излучений).

Я обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

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

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий. В результате будут получены качественные рентгеновские снимки.

Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты.

Я разрешаю использовать мои рентгеновские снимки в научных и учебных целях на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

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

.

*Фамилия, инициалы и подпись пациента*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.