

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического исследования зубочелюстной системы

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения рентгенологического исследования получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем рентгенологическом мероприятии, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере предстоящего стоматологического вмешательства и возможных неприятных ощущениях во время его проведения.

Мне разъяснены возможные последствия проведения рентгенологических исследований, я понимаю, что современное диагностическое оборудование для проведения дентальной рентгенографии позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе лечения зубов.

Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным способом диагностического исследования зубочелюстной системы является Компьютерная Томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата лечения в будущем. Я понимаю, что это может быть связано с анатомическими особенностями строения зубов, челюстей и биологическими особенностями моего организма и особенностях моего поведения во время проведения процедуры.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья для установления показаний и противопоказаний для данного вида исследования.

Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); 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, детям до 14 лет осуществляется только врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением рентгена зуба (зубов) и челюстей. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

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

Мое решение о проведении рентгенологического исследования, является свободным и добровольным.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Фамилия И. О. _____
пациента или законного представителя

подпись

Дата “ _____ ” _____