

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Настоящее информирование добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан В Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что в процессе диагностики заболевания, в процессе лечения зубов и окружающих тканей, хирургических операций, ортопедического и ортодонтического лечения, рентгенологическое обследование будет проведено по показаниям, которые определит и обоснует мне врач-стоматолог. Мне сообщена, разъяснена и понятна следующая информация о сути данного обследования:

- рентгенологическое обследование проводится на сертифицированной, исправной рентгенологической установке с цифровым датчиком, что минимизирует, создает безопасную дозу облучения;

- Персонал во время проведения рентгеновского обследования будет выполнять все требования по соблюдению мер радиационной безопасности, с применением для меня индивидуальных средств защиты;

- Доза облучения будет записана в листе учета дозовых нагрузок. Данный лист будет храниться в моей амбулаторной карте.

- Рентгенологическое обследование детям проводится с согласия их родителей или опекунов;

Мне сообщены противопоказания к рентгенологическому обследованию:

- Беременность в течение всего срока. У беременных женщин рентгенологическое обследование проводится только по жизненным показаниям.

- Ранее проводимая лучевая нагрузка при рентгенологическом обследовании, при лучевом лечении. О данных проведенных обследованиях, лечении я должен (на) сообщить врачу до начала обследования, лечения.

- Мое длительное нахождение в зонах с повышенным радиационным фоном.

- Другие заболевания, о которых предупреждали врачи других специальностей и когда рентгенологическое обследование требует согласования с данными специалистами.

- Мне сообщено, что если потребуется специальное рентгенологическое обследование (панорамный снимок, компьютерная томография, другое), то мне придется данное обследование пройти в другом лечебном учреждении по направлению клиники.

- Я знаю, что перед каждым рентгенологическим обследованием должен (на) задать врачу интересующие меня вопросы по данному обследованию и сообщить о состоянии своего здоровья.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью Договора и медицинской карты Пациента. Я соглашаюсь с условиями, информацией указанной в данном документе

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