

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Я _____ *Ф.И.О. взрослого*
пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

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

_____ *(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)*

ь

добровольно обращаюсь в **ООО «Терапия Красоты+»**, далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **рентгенологическое обследование зубочелюстной системы.**

Я получил от врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

- 1. Цели вмешательства.** Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы необходимо для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы. Рентгенодиагностика используется для подтверждения, а иногда и постановки медицинского диагноза, помогает контролировать процесс и точность лечения зубов.
- 2. Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.**

Рентгенологическое обследование (рентгенография) зубочелюстной системы - это один из методов лучевой диагностики. Рентгенографические исследования основаны на регистрации рентгеновским аппаратом излучения, которое проходя сквозь органы человеческого тела, транслирует изображение на экран или специальную бумагу (пленку). Мне разъяснено, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма. Количество рентгеновских снимков связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры. Я понимаю, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случае движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица и т.д.). В план рентгенологического обследования, как правило, входят следующие исследования: 1) ортопантограмма – панорамная зонограмма зубочелюстной системы. На основании ортопантограммы врач оценивает общее состояние зубочелюстной системы и состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух. 2) прицельные рентгенограммы зубов и периапикаль-

ных тканей. Мне сообщено, 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. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, диагноза и предварительного плана лечения.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Закона 323-ФЗ. При **отказе** от проведения рентгенологического обследования зубочелюстной системы врач не сможет поставить верный диагноз, проверить качество проведенного лечения и исключить осложнения после и/или в процессе лечения.

3. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** 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) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.
4. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, онкологических заболеваниях), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.
5. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.
6. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
7. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.
8. Я внимательно ознакомился с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.
9. Я даю согласие на выполнение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: «__» ____ 20__ года

Подпись: _____/_____

Врач:

Дата: «__» ____ 20__ года

Подпись: _____/_____