

## Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

В соответствии со статьями 13, 19, 20, 22 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" №323-ФЗ, я \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, являясь Пациентом, или заполняется законным представителем несовершеннолетнего или недееспособного гражданина в ответ на понятно и доступно полученную мной информацию, касающуюся состояния моего здоровья и предложенного пути решения моих медицинских проблем, заполнением этой формы соглашаюсь на медицинское вмешательство медицинским работником Гладылин Дмитрий Юрьевич (далее - Клиника): ООО "ОРТОСКЛИНИК"

Со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства, оказание неотложной помощи при необходимости.

Я подтверждаю, что для принятия решения о Согласии я:

- имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-ла) исчерпывающие ответы, разъяснения;
- достаточно информирован(-а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем, а также о лечебных учреждениях, где они применяются; мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования;
- имел(-а) достаточно возможностей для независимого поиска и получения необходимой информации, а также ее анализа и сравнения;

понимаю, что назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям;

- понимаю, что для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения; дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей, цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется в стоматологической клинике).

- все перенесенные и сопутствующие заболевания, все случаи аллергии к медикаментозным препаратам, сведения об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов (как в прошлом так и в настоящее время), обо всех перенесенных Пациентом в детстве и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на Пациента во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, правдиво изложил(-а) в анкете, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат моего лечения зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических и физиологических особенностей моего организма;

- знаю, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции его организма, которые иногда могут быть атипичными и непредсказуемыми. И я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению угрозы моей жизни и причинения вреда моему здоровью;

- подтверждаю, что возможный вред от медицинских вмешательств для меня менее значим, чем обстоятельства, которые побудили меня согласиться на эти медицинские вмешательства. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и уникальность собственного организма, я согласен(-на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого медицинского вмешательства. Я понимаю, что в этой части мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что в моих интересах приступить к обследованию.

Мне сообщено и понятно, что:

- я имею право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования и отказаться от него;
- назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей;
- при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т. д.);
- мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;
- отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

отягощенный анамнез (пробывание 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 известил(-ла) лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта 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 (дентальный компьютерный томограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

будут получено 3д- исследование высокого качества.

персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).

в обязательном порядке мне будет устно сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия вовремя и после рентгенологического обследования.

Я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы, мое согласие является компетентным, добровольным, основанным на понятной для меня информации.

С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен(-а) и согласен(-а).

Дополнительно:

- я проинформирован(-а), что максимально полную картину состояния всей зубочелюстной системы можно получить после проведения полной компьютерной томограммы.

- я проинформирован(-а) о том, что, проводя сегментарную компьютерную томография я подвергаюсь такой же лучевой нагрузке, как и при полной,

- я проинформирован(-а), что могу получить результат обследования в электронном виде.

Даю согласие на предоставление сведений относительно состояния моего здоровья, диагноза, плана и результатов обследования и лечения, осложнениях, а также иные сведения, связанные с лечением, следующим лицам: ; ;

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия, и принимаю решение приступить к обследованию.

Подпись Пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(законного представителя Пациента)

\_\_ . \_\_ . 202\_\_

Подпись Врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_ . \_\_ . 202\_\_