

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я, _____ г.р.,
Являющийся (щаяся) законным представителем _____ г.р.,
находясь на лечении в ООО «Концепт Смайл» проинформирован(а) лечащим
врачом _____ о необходимости проведения рентгенологического обследование
зубочелюстной системы.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:
- назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляется по клиническим показаниям;

- для проведения качественной диагностики и лечения различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения по необходимости (по назначению стоматолога), выполняется цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе;

- 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 гарантированно качественное лечение и исключить осложнения после лечения;

- при получении радиовизиографического снимка неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.);

- противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: 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, а также 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 (радиовизиограф), который дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий;

- будут получены качественные радиовизиографические снимки;

- 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;

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

Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты, являясь юридическим документом и влетает для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дата: « ____ » _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____

В моем присутствии расписался врач-стоматолог: _____