**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Центр Стоматологии «Формула Улыбки»**

153000, Россия, Ивановская обл., Иваново, ул. Степанова, д.15

ИНН 3702746733, КПП370201001, ОГРН 1143702030174

Лицензия № ЛО-37-01-001377 от 30.07.2019 года.

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| **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)* |

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен(а) на проведение медицинского рентгенологического обследования.

 Мне сообщена, разъяснена врачом (рентгенолаборантом) и понятна следующая информация о сути данного обследования.

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.). 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.

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.

1. **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.
2. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
3. Мною были заданы медицинскому работнику 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.
4. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.
5. 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.

Подпись пациента.........................................................… /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись рентгенлаборант.................................................................. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.