

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (рентгенологическое обследование)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента - полностью)
« ____ » _____ года рождения, паспорт серии _____ № _____ выдан « ____ » _____ года
(наименование органа, выдавшего паспорт)

проживающий(-ая) по адресу: _____
настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о прохождении обследования и последующего лечения моего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка _____

представителем которого я являюсь в **Обществе с ограниченной ответственностью «Магия Улыбки»**, зарегистрировано «16» декабря 2011 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №14 по Тюменской области (ОГРН 1117232060010, ИНН/КПП 7204176397/720301001), юр. адрес: 625051 Тюменская область г. Тюмень, ул. Василия Гольцова, д.28/4), для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью.

Я добровольно даю согласие моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия **(в том числе рентгенологические снимки)**. Мне разъяснено, что для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

а) обязательное выполнение ортопантограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантограммы стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височнонижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;

б) по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей. (Пленочную рентгенографию зубов осуществляет врач-рентгенолог или рентгенолаборант в рентгенодиагностическом кабинете; цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется в стоматологической клинике).

При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

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.).

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).

Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Врач разъяснил мне все возможные реакции организма на проведение рентгенологического исследования, пользу и вред данного метода исследования. Мне объяснено, что в моем случае нет альтернативного метода исследования. Я осознаю, что средняя доза облучения, получаемая при проведении прицельного рентгенологического снимка - 0,1-0,5 мЗв.

Я предупрежден(-а) о том, что согласно закона РФ об охране здоровья граждан ст. 31 и Указа Верховного Совета РФ для получения выписки из медицинской карты, а также получения заключения по рентгенологической диагностике, сроки выполнения составляют до 1 месяца, с момента подачи личного заявления. Все рентгеновские снимки зубов остаются в медицинской карте, так как являются юридическим документом и могут быть затребованы контролирующими, судебными и правоохранительными органами по официальному запросу.

Я понимаю, что перечисленные, а так же не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат. Возможного освобождения от работы и Стоматология не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил или не знал о своих противопоказаниях, но дал(-а) свое согласие на процедуру.

Я подтверждаю, что:

- Я заявляю, что сообщил(-а) врачу обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я уведомлен(-а) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я заявляю, что изложил(-а) врачу все известные мне данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.

- Я подтверждаю, что внимательно прочел(-ла) и понял(-а) всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

- Я имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получил(-а) удовлетворившие меня ответы.

- Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение необходимых процедур. Мое решение является свободным.

Данное согласие действует в течение всего периода моего лечения в ООО Стоматология «Магия Улыбки» (бессрочно).

« ____ » _____ 20 ____ года.
представителя) _____

Подпись пациента (законного

Расписался в моем присутствии:

Врач (Ф.И.О.) _____

Подпись врача _____