Добровольное информированное согласие пациента на проведение рентгенологического обследования в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. и действующими законодательными актами.

Я, _____,

понимаю, что для проведения качественного лечения различных заболеваний зубочелюстной системы необходимо рентгенологическое обследование: выполнение ортопантомограммы, телерентгенограммы, прицельной рентгенограммы зуба.

Я проинформирован(-а), что в 80% случаев клинический диагноз устанавливается на основании данных рентгенологических исследований.

Я проинформирован(-а), что направление пациента на рентгенологическое обследование осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям. В рентгенологическом кабинете обследование проводит врач-рентгенолог или рентген-лаборант.

Я проинформирован(-а) об относительных противопоказаниях при проведении рентгенологического обследования:

- проживание в зонах радиоактивных катастроф
- работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения
- проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой в течение последних 12 месяцев (при этом рентгенологическое обследование проводится не ранее чем через 15 дней одно от другого)
- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологическое обследование проводится только по жизненным показаниям)
- тяжёлая степень тиреотоксикоза

Я обязуюсь известить врача-стоматолога о наличии вышеперечисленных противопоказаний до назначения и проведения рентгенологического обследования.

Мне понятна информация о гарантиях безопасности рентгенологического обследования, а именно:

- рентгенодиагностика осуществляется в отдельном оборудованном рентген-кабинете на исправном лицензированном оборудовании, даёт минимальную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных осложнений
- для снижения дозы облучения пациентов и персонала выполняются все необходимые физико-технические условия, применяются защитные средства для экранизации тела пациента и персонала
- средняя доза облучения, получаемая при проведении прицельного дентального снимка с применением визиографа 0,001- 0,002 мЗв.
- дозы облучения регистрируются в "Листе учёта рентгенологических исследований" в амбулаторной карте пациента на каждое выполненное обследование
- по требованию пациента ему предоставляется информация о дозе облучения и о возможных последствиях от проведения рентгенологических процедур

Я понимаю, что качество рентгенологического снимка влияет на диагностику, планирование, выбор метода лечения, динамического наблюдения моего стоматологического заболевания.

Мне разъяснено, что в некоторых случаях, таких как: движения пациента во время проведения обследования, наличия большой мышечной массы и плотности тканей в челюстно-лицевой области, особенностей анатомического строения зубов, в связи с техническими отклонениями в работе аппарата при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо выполнить повторный рентген снимок (иногда в нескольких проекциях).

Я осведомлен(-а), что пациент имеет право на отказ от назначенного врачом-стоматологом рентгенологического обследования.

Я проинформирован(-а) и понимаю, что при отказе мною от проведения рентгенологического обследования, врач-стоматолог не может провести качественное гарантированное лечение и исключить возможные осложнения в процессе лечения и после него.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.

Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ **Пациент: _____/_____ /**

(ФИО) (подпись)

Дата «_____» _____ 20___г.