**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство-проведение рентгенологического обследования.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О), дата рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осознанно выбрал(а) медицинскую организацию ООО «УЛЫБКА» (далее по тексту - Исполнитель). Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя и обязуюсь их соблюдать. Я сообщил(а) врачу обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и/или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Врач разъяснил мне, и я понимаю, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы проводится при наличии клинических показаний, которые определяет врач-стоматолог, и противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

 -отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение курса лучевой терапии, выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени,

 -выполнение работы, связанной с использованием источников ионизирующих излучений,

Врач разъяснил мне, и я понимаю, что для качественного лечения заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение:

 - прицельных рентгенограмм зубов и периапикальных тканей, которые выполняются в процесс стоматологического лечения по назначению врача - стоматолога при наличии клинических показаний. Я понимаю предоставленную мне врачом информацию о целях, характере и неблагоприятных эффектах предстоящего рентгенологического обследования, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство-проведение рентгенологического обследования.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О), дата рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осознанно выбрал(а) медицинскую организацию ООО «УЛЫБКА» (далее по тексту - Исполнитель). Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Исполнителя и обязуюсь их соблюдать. Я сообщил(а) врачу обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и/или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Врач разъяснил мне, и я понимаю, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы проводится при наличии клинических показаний, которые определяет врач-стоматолог, и противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

 -отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение курса лучевой терапии, выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени,

 -выполнение работы, связанной с использованием источников ионизирующих излучений,

Врач разъяснил мне, и я понимаю, что для качественного лечения заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение:

 - прицельных рентгенограмм зубов и периапикальных тканей, которые выполняются в процесс стоматологического лечения по назначению врача - стоматолога при наличии клинических показаний. Я понимаю предоставленную мне врачом информацию о целях, характере и неблагоприятных эффектах предстоящего рентгенологического обследования, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

Я проинформирован(а) о том, что я могу отказаться от проведения рентгенологического обследования.

Я понимаю, что мой отказ от рентгенологического обследования зубочелюстной системы (выполнения, прицельных рентгенограмм) может стать причиной несвоевременной постановки диагноза, привести к тому, что врач не сможет провести качественное лечение. Я подтверждаю свое согласие на повторное проведение рентгенологического обследования в том случае, если, силу объективных, независящих от персонала Исполнителя, причин, были получены рентгенограммы неудовлетворительного качества.

Я подтверждаю, что я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил (а) исчерпывающие, понятные мне ответы, что все пункты настоящего документа мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю свое согласие на рентгенологическое обследование.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия,имя,отчество полностью, подпись)

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

Я проинформирован(а) о том, что я могу отказаться от проведения рентгенологического обследования.

Я понимаю, что мой отказ от рентгенологического обследования зубочелюстной системы (выполнения, прицельных рентгенограмм) может стать причиной несвоевременной постановки диагноза, привести к тому, что врач не сможет провести качественное лечение. Я подтверждаю свое согласие на повторное проведение рентгенологического обследования в том случае, если, силу объективных, независящих от персонала Исполнителя, причин, были получены рентгенограммы неудовлетворительного качества.

Я подтверждаю, что я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил (а) исчерпывающие, понятные мне ответы, что все пункты настоящего документа мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю свое согласие на рентгенологическое обследование.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия,имя,отчество полностью, подпись)

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