

**Информированное добровольное согласие пациента  
на проведение рентгеновского исследования**  
в Обществе с ограниченной ответственностью «НСД Клиник» (ИНН: 7743315187, ОГРН:  
1197746553861) к договору на оказание платных медицинских услуг  
№ **Номер Вашего договора** от

Я, **Ваше ФИО**, выбрал(а) своим лечащим врачом врача-стоматолога

---

**Данный документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем исследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.**

Я соглашаюсь с тем, что рентгеновское исследование зубочелюстной системы в кабинете рентгеновской диагностики будет проводить врач-рентгенолог или рентген-лаборант.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного исследования:**

Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинских рентгеновских исследований зубочелюстной системы и/или придаточных пазух носа осуществляет врач по клиническим показаниям.

Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы, придаточных пазух носа необходимо выполнение плана рентгеновского исследования:

- обязательное выполнение (панорамной рентгенограммы, ортопантограммы, панорамной зонограммы и компьютерной томограммы зубочелюстной системы, придаточных пазух носа) до проведения лечения. На основании данных проведенного исследования врач оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и придаточных пазух носа;

- по клиническим показаниям в процессе лечения, по необходимости (по назначению врача), рентгеновские исследования выполняются дополнительно.

Право на принятие решения о проведении рентгеновского исследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгеновского исследования. При отказе пациента от проведения необходимых рентгенологических исследований врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. В этом случае врач принимает решение о возможности проведения медицинского вмешательства.

При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, при большой мышечной массе и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка

***Противопоказаниями для рентгеновского исследования являются:***

- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгеновские исследования выполняются только по жизненным показаниям);

- отягощённый 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 рентгеновских исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой;

- работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Рентгеновское исследование детям назначается только по клиническим показаниям, проводится с согласия и в присутствии родителей.

**Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентген-лаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгеновского исследования.**

***Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгеновского исследования:***

- Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, компьютерный томограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая даёт минимальную, безопасную дозу облучения.

- Рентгеновская диагностика проводится согласно утверждённым методикам.

- Рентгеновские снимки пригодны для осуществления рентгеновской диагностики.

- Персонал будет соблюдать меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты.

- Доза моего облучения во время исследования будет зарегистрирована в листе учёта дозовых нагрузок (лист вклеивается в медицинскую карту).

- Мне в обязательном порядке будет сообщена информация о полученной мною дозе облучения.

**Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгеновского исследования.**

Я понимаю, что для просмотра результата рентгеновского исследования требуется компьютер с исправным устройством для чтения компакт-дисков, а также программа просмотра результатов исследования. Мне объяснили, что результат исследования и программа просмотра будут записаны и переданы мне на компакт-диске. Правила пользования компакт-диском и руководство по установке программы просмотра содержатся на этикетке-вкладыше. Я понимаю, что для установки и использования программы просмотра врач должен обладать специальными знаниями и навыками. Я понимаю, что Общество с ограниченной ответственностью «НСД Клиник» не несёт ответственность за невозможность использования результата исследования третьими лицами, в том числе моим лечащим врачом. Я понимаю, что диск с результатом исследования имеет индивидуально-определённые свойства, может быть использован исключительно для меня, поэтому возврату и обмену не подлежит. Мне сообщили о сроке гарантии на компакт-диск при условии соблюдения правил пользования (рекомендаций) - 14 дней.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях исследования и получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской документации.

**Моё решение является свободным. Я даю информированное добровольное согласие провести рентгеновское исследование на предложенных мне условиях.**

Дата:

Подпись

Пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_