

ООО «Новая Стоматология 2»

Информированное согласие на проведение рентгенологического исследования

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 основ законодательств Российской Федерации об охране граждан от 22 июля 1993 года №. 5487-1

Я доверяю врачу назначить проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, составления рационального плана протезирования, а так же делать клиническое описание снимка.

Согласно Закону РФ об охране граждан, принимать решение о разрешении рентгенодиагностики имеют право граждане с 15 лет, а до наступления данного возраста решение принимают взрослые (родители, опекуны).

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 ортопантограммы - 100 мкЗв; прицельного рентгенологического снимка - 20 мкЗв; радиовизиографического исследования - 10 мкЗв.

Мне объяснили, что беременность (возможная или имеющаяся) не является абсолютным противопоказанием к рентгенодиагностике, но я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности.

Я предупрежден(а) о том, что согласно Закона РФ об охране здоровья граждан ст. 31 и Указа Верховного Совета РФ для получения выписки (копии) из медицинской карты, а также получения заключения по рентгенодиагностике, 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.

Возможно получение на руки личного экземпляра рентгеновского снимка за дополнительную плату.

Я информирован(а) врачом о соблюдении персоналом ООО «Новая Стоматология 2» всех условий САНПиН по рентгенологической безопасности; о случаях нарушения оных обязуюсь сообщить руководству клиники ООО «Новая Стоматология 2» (администрации).

Я разрешаю использовать мои рентгеновские снимки для научной работы.

Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. О всех последствиях отказа я предупрежден(а).

Я подтверждаю, что я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.