

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение рентгенологическое исследования зубочелюстной системы**

г. Владивосток « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 года № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, Договором возмездного оказания стоматологических медицинских услуг,

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

до проведения рентгенографии зубов и челюстей, получил (а) от медицинских работников и врача, интересующую меня информацию, о предстоящем рентгенологическом исследовании с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике и возможных ощущениях во время его проведения. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы (дентальной, ортопантомографии, компьютерной томографии), позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма. Мне разъяснено, что альтернативные методы обследования. Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры. Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - 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 врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей). Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Мое решение, о проведении рентгенологического исследования в

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)

является добровольным.

Фамилия И. О. \_\_\_\_\_

Беседу провел врач (рентгенлаборант) \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение рентгенологическое исследование зубочелюстной системы**

г. Владивосток « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 года № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, Договором возмездного оказания стоматологических медицинских услуг,

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

до проведения рентгенографии зубов и челюстей, получил (а) от медицинских работников и врача, интересующую меня информацию, о предстоящем рентгенологическом исследовании с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике и возможных ощущениях во время его проведения. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы (дентальной, ортопантомографии, компьютерной томографии), позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма. Мне разъяснено, что альтернативные методы обследования. Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры. Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - 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 врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей). Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Мое решение, о проведении рентгенологического исследования в

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)

является добровольным.

Фамилия И. О. \_\_\_\_\_

Беседу провел врач (рентгенлаборант) \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.