

**Информационное добровольное согласие  
на проведение рентгенологического исследования,  
в т.ч. компьютерной томографии зубочелюстной системы.**

Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_,  
в соответствии с требованиями 323 – ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ»  
(ст.120),

даю информированное согласие на проведение мне рентгенологического исследования.

Я подтверждаю, что мне сообщена, разъяснена врачом и понятна вся необходимая информация о сути данного обследования.

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент имеет право отказаться от обследования.

При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- беременность на протяжении всего срока (исключения – только по жизненным показаниям);
- отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведения курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до настоящего времени).
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой;
- работа, связанная с источниками ионизирующих излучений.

Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Я обязуюсь известить лечащего врача, рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Мне были объяснены все возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического исследования.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Беседу провел врач:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /