

## ОБРАЗЕЦ

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан РФ», Законом о защите прав потребителей и действующими законодательными актами.

Я, (Ф.И.О. гражданина) \_\_\_\_\_,  
являясь пациентом или законным представителем (Ф.И.О. ребенка)

\_\_\_\_\_ ,  
находясь на лечении/обследовании в ООО «Стоматология Улыбка Тари», по моему добровольному желанию доверяю лечащему врачу назначить проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, составления рационального плана лечения или протезирования и т.д. Врач разъяснил мне все возможные реакции организма на проведение рентгенологического исследования, пользу и вред данного метода исследования. Мне предложены другие альтернативного метода исследования.

Мне объяснили, что беременность является относительным противопоказанием к рентгенодиагностике, и я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности. Я предупрежден(а) о том, что все рентгенологические снимки зубов остаются в мед. карте, так как являются юридическим документом. Я информирован(а) врачом о соблюдении персоналом ООО «Стоматология Улыбка Тари» всех условий СанПин по рентгенологической безопасности. Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. О всех последствиях отказа я предупрежден(а).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и имел(а) возможность обсудить 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.

Я согласен на рентгенологическое исследование зуба(ов)  $\surd$  \_\_\_\_\_  
подпись пациента/законного представителя

Я отказываюсь от рентгенологического исследования зуба(ов) \_\_\_\_\_  
подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(Ф.И.О. лечащего врача/ подпись лечащего врача)

Приложение № 4 к СанПиН

2.6.1.1192-03

ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК