

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Я, _____ понимаю, что для проведения качественного лечения различных заболеваний зубочелюстной системы необходимо рентгенологическое обследование: выполнение ортопантограммы, прицельной рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.

Я понимаю, что при отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить возможные осложнения после лечения.

Я проинформирован (а) о противопоказаниях при проведении рентгенологического обследования:

- проживание в зонах радиоактивных катастроф;
- работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений;
- проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за шесть месяцев до настоящего времени;
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой;
- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям).

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

Мне понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

- рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая даёт минимальную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий;
- в результате рентгенологического обследования возможно получение рентгенограмм неудовлетворительного качества, при этом необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица и пр.);
- персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в учёте дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований.

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому рентгенологическому обследованию и согласен(а) с ним.

