Настоящее информированное добровольное согласие разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), *для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь* (**ненужное зачеркнуть**) в

_____ООО «НИТА-ДЕНТ» (ОГРН 1146194005132)_____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь* **(ненужное зачеркнуть)**, в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Мне разъяснено и понятно следующее:

1. **Цели вмешательства**. Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы необходимо для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы. Рентгенодиагностика используется для подтверждения, а иногда и постановки медицинского диагноза, помогает контролировать процесс и точность лечения зубов.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**.

Рентгенологическое обследование (рентгенография) зубочелюстной системы - это один из методов лучевой диагностики. Рентгенографические исследования основаны на регистрации рентгеновским аппаратом излучения, которое проходя сквозь органы человеческого тела, транслирует изображение на экран или специальную бумагу (пленку). Мне разъяснено, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма. 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. Я понимаю, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случае движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица и т.д.). В план рентгенологического обследования, как правило, входят следующие исследования: 1) ортопантомограмма – панорамная зонограмма зубочелюстной системы. На основании ортопантомограммы врач оценивает общее состояние зубочелюстной системы и состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух. 2)прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей. 3) компьютерная томография (КТ) - это метод обследования зубов, челюстей и мягкий тканей лица, который позволяет получить трехмерный 3D снимок зубов в высоком разрешении. По сравнению с двухмерными рентгеновскими снимками трехмерная цифровая компьютерная томография позволяет во много раз повысить качество диагностики, в том числе дифференциальной, снизить риск ошибок доктора. Это обеспечивается более высоким разрешением таких снимков, а также возможностью послойно исследовать объект на экране компьютера. Метод основан на создании большого количества двухмерных срезов объекта в виде цифровых фотографий и последующего восстановления целостного трехмерного образа. Для получения таких изображений томограф подвергает исследуемый орган кратковременному воздействию рентгеновских лучей. 4) Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) - метод трехмерной послойной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, диагноза и предварительного плана лечения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Закона 323-ФЗ. При **отказе** от проведения рентгенологического обследования зубочелюстной системы врач не сможет поставить верный диагноз, проверить качество проведенного лечения и исключить осложнения после и/или в процессе лечения. Выбор материалов, методов, этапов и сроков лечения (диагностики) делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения или ином документе (медицинской карте).

3. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; 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; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

4. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

6. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

7. Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. Я даю согласие на выполнение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____	_____
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«____» _____ г.
(дата оформления)