

Приложение № 14 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
рентгенологическое исследование зубочелюстной системы.**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 23 Федерального Закона Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 17.11.2025 года №424-ФЗ действует с 01.03.2026 года)

Этот документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)
обращаюсь в клинику «Улыбка» для проведения мне/моему представляемому

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

рентгенографии зубов и челюстей.

Настоящим удостоверяю, что 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 и т.п.), позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма. Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным, способом рентгенологического исследования зубочелюстной системы является конусно лучевая компьютерная томография.

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 обсудил(а) с врачом и полностью уяснил(а) для себя все особенности планирующегося мне рентгенологического исследования. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) понятные мне, исчерпывающие ответы. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения мне понятны и полностью меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Я ознакомился(ась) с данным Приложением к Договору и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Будучи информированным(ой) и предупрежденным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью осознаю, что предлагаемое обследование необходимо с целью диагностики. В связи с этим, на основании сообщенной мне информации, я осознанно и добровольно **ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ** (нужное подчеркнуть) на выполнение рентгенологического исследования.

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных.

Факт законности представительства интересов

_____ (Ф.И.О. представляемого)

подтвержден: _____ (документ представителя)

подпись заказчика/пациента	/	расшифровка подписи
подпись врача	/	расшифровка подписи

« _____ » _____ 202 ____ г.
дата оформления

« _____ » _____ 202 ____ г.
дата оформления

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО