Приложение к Договору возмездного оказания стоматологических услуг
№_____ от __.__.201___ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение рентгенодиагностики зубочелюстной системы
(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Рентгенодиагностика зубочелюстной системы проводится с целью предварительной диагностики и последующего контроля хода лечения, консультаций, врачебных назначений в клинике, в том числе в целях избежания дефектов пломбирования корневых каналов зуба при эндодонтическом лечении, определения рабочей длины зуба, установления наличия кариеса, глубины кариозного дефекта, в том числе на апроксимальных (межзубных) и поддесневых поверхностях, вторичного кариеса под пломбами и коронками и предотвращения его развития, оценки состояния костной ткани, в профилактических целях; выполнение плана компьютерного рентгенологического обследования (прицельный, панорамный снимки) является необходимым для качественной диагностики, консультаций, врачебных назначений и лечения.

Рентгенодиагностическое обследование зубочелюстной системы проводится в рамках ортопантомографического и рентгенографического исследований.

Рентгенографическое обследование зубочелюстной системы является исследованием зубов и окружающих их тканей посредством воздействия гамма-лучей на организм пациента, и заключается в получении прицельных рентгеновских снимков. В рамках проведения рентгенографического исследования также проводится исследование пазух носа и функциональное исследование височнонижнечелюстного сустава.

Ортопантомограмма представляет собой обзорный (панорамный) рентгеновский снимок зубных рядов, дающий информацию о состоянии всей зубочелюстной системы, в том числе о состоянии временных и постоянных зубов, костной ткани челюстей, состоянии пародонта, височно-нижнечелюстных суставов, гайморовых пазух.

Телерентгенографическое исследование представляет рентгенографию, выполняемую с большого расстояния. Полученная в результате данного исследования телерентгенограмма представляет рентгеновский снимок черепа (костного скелета и мягких тканей) в боковой проекции, необходимый с целью определения положения головок височно-нижнечелюстных суставов, определения угла наклона (инклинации) передних зубов верхней и нижней челюстей, направления (вектора) роста челюстно-лицевых структур, а также цефалометрии (точных измерений взаимоотношений различных отделов лицевого черепа.

Рентгенодиагностическое обследование в клинике осуществляется с применением исправной сертифицированной аппаратуры, с безопасной дозой облучения и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий. К эксплуатации рентгенодиагностической аппаратуры допускаются сотрудники клиники, прошедшие специальное обучение.

Назначение обязательного и дополнительного медицинского рентгенодиагностического обследования осуществляется врачом-стоматологом при наличии клинических показаний.

При получении рентгенодиагностического снимка неудовлетворительного качества, в том числе в связи с трудностью позиционирования, необходимо повторное выполнение снимка (при движении Пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной массы и плотности тканей лица и проч.), а также выполнение снимка в другой проекции. Кроме того, в процессе стоматологического лечения может потребоваться дополнительное прицельное рентгенодиагностическое обследование отдельных зубов и периапикальных тканей.

При осуществлении рентгенодиагностического обследования персоналом клиники соблюдаются контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением Пациенту индивидуальных средств защиты; доза облучения при выполнении рентгенодиагностического обследования регистрируется в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенодиагностического обследования, который вклеивается в медицинскую карту стоматологического больного на имя Пациента.

Противопоказаниями для рентгенодиагностического обследования являются: беременность на протяжении всего срока (при отсутствии жизненных показаний), отягощённый анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, проведение Пациентом курса лучевой и химиотерапии при онкологических заболеваниях менее, чем за 6 месяцев до проведения рентгенодиагностического обследования, выполнение других рентгенодиагностических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений). Кроме того, рентгенодиагностическое исследование не проводится пациентам, имеющим повышенный рвотный рефлекс, ярко выраженную патологию прикуса (скрученность, дистопия зубов, ретрузия и протрузия).

Снимки, полученные в результате рентгенодиагностического обследования, будут храниться и использоваться только для лечения в клинике и по окончании стоматологического лечения Пациенту на руки не выдаются за исключением диагностических снимков, выполненных по направлениям других клиник.

Рентгенодиагностическое обследование лица, не достигшего 15-летнего возраста, осуществляется при наличии абсолютных клинических показаний, наличие которых определяется врачом-стоматологом, с согласия законного представителя и в его присутствии.

Пациент или его законный представитель вправе отказаться от рентгенодиагностического обследования, при этом при отказе от проведения необходимого рентгенодиагностического обследования осуществление качественного стоматологического лечения и отсутствие осложнений после лечения не может быть гарантировано.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна

_____ (_____) «___»_____ 201___ г.
подпись Пациента (законного представителя) дата подписи

Рентгенографическое исследование затребовано пациентом для другой клиники.

_____ (_____) «___»_____ 201___ г.
подпись Пациента (законного представителя) дата подписи