

## Информированное добровольное согласие на использование интраорального сканера

Я, \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_ дата рождения  
гражданина или законного представителя \_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_ 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) \_\_\_\_ дата рождения  
пациента (при подписании законным представителем) \_\_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_\_ (в случае  
проживания не по месту жительства законного представителя) \_\_\_\_ даю согласие на оказание  
медицинской помощи в \_\_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_\_

Врач – стоматолог-ортопед \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_ рекомендовал мне проведение  
исследование ротовой полости с использованием интраорального сканера.

Мне объяснили, что интраоральный сканер – специальный диагностический прибор,  
позволяющий получать цифровые модели зубов в режиме реального времени. Принцип  
работы основан на проецировании оптического света на объект сканирования с  
последующей передачей принятого светового сигнала на компьютер и форматирования  
объемной 3D-картинки.

Готовая модель сразу же отправляется в лабораторию для изготовления протеза,  
импланта, коронки и т. д.

Преимущества применения интраорального сканера

- Отсутствие необходимости применения слепочных материалов, вызывающих у  
многих людей рвотный рефлекс.
- Гигиеничность и инфекционная безопасность процедуры.
- Высокое качество полученных 3D-моделей, на основе которых изготавливаются  
максимально точные конструкции, обеспечивающие идеальное прилегание.
- Полноценная оценка клинической ситуации в реальном режиме времени.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях  
исследования и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я согласен(на) на использование полученных изображений на мероприятиях по  
усовершенствованию врачей, без указания моего имени и фамилии.

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)

Пациент (его законный представитель) \_\_\_\_\_

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-ортопед \_\_\_\_\_

Подпись

Фамилия Имя Отчество

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.