

## ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я, <КЛИЕНТ\_ФИО>,

Уполномочиваю врача-стоматолога провести ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (лась) с предполагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: \_\_\_\_\_

И обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и/или изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течении лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения.

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийного срока по данному виду работ невозможно.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / <КЛИЕНТ\_ФИО>/

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.