

645-93-67

**Информированное добровольное согласие на «Снятие брекет-системы и изготовления съемного/несъемного ретейнера»**

Я, , года рождения, являясь

законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) , года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования для оказания представляемому ортодонтической помощи в ООО «ХэлсМед».

Медицинский работник в доступной форме разъяснил мне цели и методы оказания ортодонтического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем ортодонтическом лечении, которая включает в себя: диагностику, снятии ортодонтического аппарата и период закрепления результата ортодонтического лечения (ретенционный период).

Я, даю добровольное согласие на проведение следующей стоматологической услуги – снятие брекетсистемы и изготовления съемного/несъемного ретейнера.

Содержание и результаты медицинской услуги, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

Снятие брекет системы – это ортодонтическая манипуляция, которая включает в себя, удаление брекетов и устранение остатков композитного материала с поверхности зубов. При осуществлении данной процедуры негативными факторами могут являться дискомфорт и несильные болевые ощущения, которые полностью исчезают после осуществления данной процедуры.

В дальнейшем для закрепления эффекта, полученного от медицинских услуг необходимо пройти стадию ретенции.

Проводится ретенция с помощью специальных аппаратов ретейнеров, которые необходимо носить во рту после прохождения процедуры снятия брекет системы. Ретейнеры могут быть как съемными (каппы), так и несъемными (железная дуга) по желанию пациента.

Срок ношения ретейнеров определяется индивидуально и зависит от физиологических особенностей организма пациента. Общий срок может составлять до 5 (пяти) лет.

Я проинформирован(а) врачом о необходимости проведения процедуры установки ретейнера для получения положительного результата оказания медицинской услуги.

Я проинформирован(а) врачом о необходимости явки на профилактические осмотры у врача - ортодонта (через 3 месяца, 6 месяцев и год, ежегодно). Меня ознакомили с правилами ношения и ухода за ретенционными аппаратами.

Я проинформирован, что в случае несоблюдения данных правил гарантийный срок уменьшается, а случае грубых нарушений рекомендаций врача аннулируется.

В случае возникновения во время обследования и проведения процедуры непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования.

Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого медицинский центр не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и медицинскому центру.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены

из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу при моем согласии.

Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен.

Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны.

Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа.

Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Законный представитель \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_