



stomline.

Приложение к договору № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (Ортодонтическое лечение – снятие брекет-системы и установка/изготовление съемного/несъемного ретенционного аппарата)

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

на медицинское вмешательство- **ортодонтическое лечение (снятие брекет-системы и установка/изготовление съемного/несъемного ретенционного аппарата).**

Мне сообщено, что проводить лечение будет специалист соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить **врач-ортодонт:** _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем.

Я согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат лечения. Также я проинформирован(а) врачом-ортодонтом о необходимости изготовления ретенционного аппарата:

- съемного _____ ;
- несъемного _____ ,

после снятия брекет-системы, чтобы избежать возврата к прежнему состоянию.

Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата.

Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения (через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, ежегодно).

Я проинформирован(а) о том, что снятие брекет-системы, а также изготовление ретенционных аппаратов является следующим этапом лечения, который оплачивается дополнительно, по ценам прейскуранта согласно плану лечения.

Я также понимаю необходимость регулярных осмотров по окончании лечения.

Я уведомлен (а), что невыполнение выше указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных эффектов ортодонтического лечения, что обусловит невозможность достижения ожидаемого эффекта ортодонтического лечения.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Я понимаю, что заключительным этапом ортодонтического лечения после окончания активного периода является **ретенционный период** и достижение ожидаемого эффекта ортодонтического лечения возможно только при применении ретенционного аппарата в течение всего периода необходимого для закрепления ортодонтического лечения.

Я уведомлен(а), что для сохранения ортодонтического результата и здоровья зубов и полости рта нужно проводить профессиональную гигиену полости рта один раз в 6 месяцев.

Я предупрежден(а), что отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшийся у пациента патологии прикуса, снижение качества стоматологических услуг и удлинение сроков ортодонтического лечения.

Я согласен(на), что контроль за ношением ретенционного аппарата будет осуществлять **врач- ортодонт** _____ в соответствии с графиком плановых посещений.

Контроль осуществляется только при очных визитах пациента в клинику.

Я предупрежден(а), что консультации и приемы не осуществляются дистанционно (Skype\WhatsApp\Telegram\Viber\Mail и др.)

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь 100% гарантии успеха, даже, при идеальном выполнении всех этапов.

Я уведомлен(а) о том, что переломы, трещины ортодонтических (съемных\несъемных\ ретенционных) аппаратов, приварка или приклейка новых элементов, замена утерянных и/или отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения, а также изготовление нового ретенционного аппарата -не относятся к гарантийным случаям и оплачивается отдельно.

Я уведомлен(а), что с целью предупреждения поломки ортодонтического ретенционного аппарата и для достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения, рекомендуется не принимать в пищу продукты и напитки, повышающие риск возникновения кариеса, заболевания десен и способствующие нарушению фиксации ортодонтической конструкции:

- очень горячие/холодные продукты;
- продукты и напитки с повышенной кислотностью;
- жевательная резинка, ириски, халва;
- орехи, сушки, сухари;
- откусывать большие куски от твердых овощей/фруктов и иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнения проведенного ортодонтического лечения установление гарантийных сроков по данному виду работы невозможно.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого ортодонтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

- об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
- о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
- о принимаемых лекарственных средствах;
- о наследственности;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
- о проведении косметологических (инъекционных и не инъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Пациент _____ « ____ » _____ **20__ г.**
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.
Дополнительных условий мною не выдвигается.

Для женщин: Беременность ___ ДА ___ НЕТ на момент проведения манипуляции

СОГЛАСИЕ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача- стоматолога) (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (ФИО гражданина)

_____ (контактный телефон)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача- стоматолога) (подпись)