

**Информированное добровольное согласие
на снятие ортодонтической аппаратуры, установленной в сторонней клинике**

г. Москва

Дата Заключения Договора

Я, Фамилия Имя Отчество Пациента

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме мне лечащим врачом была предоставлена вся интересующая меня информация о прерывании ортодонтического лечения, начатого в сторонней клинике с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я ознакомился(лась) и согласен(на) с Правилами оказания платных медицинских услуг в ООО «ПРОФИСТОМ».

Мною был пройден первичный план обследования для определения состояния моего здоровья, получены сведения о наличии у меня того или иного заболевания, состояния, установлен медицинский диагноз. Было произведено дальнейшее планирование необходимых медицинских услуг, в связи с чем, был составлен предварительный план лечения. Я получил все необходимые разъяснения по поводу моего диагноза, получил информацию об особенностях лечения заболевания, вероятной длительности лечения, вероятном прогнозе заболевания, возможных неблагоприятных последствиях лечения, связанном с ним риске, об альтернативных методах лечения и об их примерной стоимости.

Я осознанно принимаю решение отказаться от дальнейших оказаний мне медицинских услуг в сторонней клинике и прервать выполнение начатого плана ортодонтического лечения по причине (при нежелании указывать причину отказа, строка может не заполняться) _____

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю, что ни врач, проводящий снятие ортодонтической аппаратуры, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную процедуру и не несут ответственности за утрату/поломку ортодонтической аппаратуры. И, конечно, ни врач, ни клиника не несут никакой ответственности за качество и результат ортодонтического лечения, проводимого по плану лечения, составленному в сторонней клинике. Снятие ортодонтических конструкций является биологической процедурой и поэтому не может иметь гарантии на успех, так же, как и любое другое медицинское вмешательство. При снятии ортодонтических конструкций положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение процедуры специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что после снятия ортодонтических конструкций желательно проверить состояние полости рта и, если это необходимо, провести профессиональную гигиену полости рта и зубов. На эти виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведения означенной процедуры.

Я предупрежден(а) врачом о том, что осложнением снятия ортодонтических конструкций могут быть: очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия,

резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии. Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации ортодонтической конструкции, ее деформация и перелом. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки. При наличии психомофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения ортодонтического лечения являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «ПРОФИСТОМ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенной процедуры.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)