

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**на проведение ортодонтического лечения****Я, Иванов Иванов Иванович, уполномочиваю врача-ортодонта**

провести ортодонтическое лечение дефекта зубных рядов и челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

и обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения. Я, добровольно и с моего согласия, ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моём случае, будут иметь меньший клинический успех. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта,

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**Я, Иванов Иванов Иванович**

уполномочиваю врача-ортодонта _____

провести ортодонтическое лечение дефекта зубных рядов и челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

и обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения. Я, добровольно и с моего согласия, ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моём случае, будут иметь меньший клинический успех. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта,

рецидива аномалий или дефекта отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что это 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 врача в течение 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 возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен в известность о том, что в связи с наличием степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установления гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я внимательно ознакомился с данным Предложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____ «23» октября 2024

Подпись врача _____ «23» октября 2024

рецидива аномалий или дефекта отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что это 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 врача в течение 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 возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен в известность о том, что в связи с наличием степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установления гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я внимательно ознакомился с данным Предложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____ «23» октября 2024

Подпись врача _____ «23» октября 2024

