

Г. Электросталь

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания (нужное отметить):

K00 Нарушения развития и прорезывания зубов

K01 Ретенционные и импактные зубы

K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края

K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

K08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата

Мне врачом объяснено и понятно, что:

- рекомендованное ортодонтическое лечение это медицинское вмешательство для лечения и профилактики зубочелюстных патологий, исправления прикуса, в том числе в эстетических целях;
- ортодонтическое лечение является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса. Эффект лечения достигается воздействием специальной аппаратуры (съёмной или несъёмной, внутри или внеротовой, а также их комбинацией) на зубы, периодонт, и костную ткань челюстей;
- лечение ортодонтической патологии осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов, а так же за счет влияния, оказываемого на рост челюстей в правильном направлении и включает в себя следующие этапы: рентгеновские снимки; диагностику; установку ортодонтического аппарата и его активацию; активный период лечения под врачебным контролем состояния аппарата и зубочелюстной системы; снятие ортодонтического аппарата; ретенционный период (период закрепления результата);
- при наличии гнатической (скелетной) формы аномалии прикуса, когда нарушение прикуса связано в значительной степени с нарушением размера или(и) положения челюстных костей, лечение представляет большую сложность и может иметь несколько вариантов;
- в случае наличия неблагоприятного роста челюстей, лечение может затягиваться или не давать полной коррекции прикуса. В случае, если неблагоприятный рост будет продолжаться после завершения лечения, это может привести к рецидиву аномалии и необходимости повторного лечения;
- достоверно предсказать неблагоприятный рост невозможно.

Я информирован(а) врачом о том, что у меня диагностирован следующий вид гнатической (скелетной) формы аномалии прикуса (нужное отметить):

Гнатическая (скелетная) форма дистального прикуса у пациента без значимого роста челюстей

Гнатическая (скелетная) форма мезиального прикуса

Гнатическая (скелетная) форма открытого прикуса без значимого роста челюстей

Гнатическая (скелетная) форма перекрёстного прикуса без значимого роста челюстей

Гнатическая (скелетная) форма дистального прикуса при наличии значимого роста челюстей

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь с тем, что при данной аномалии прикуса существует несколько вариантов ортодонтического лечения с учётом возраста: комбинированное лечение (с применением ортогнатической хирургии); лечение с применением дополнительных аппаратов (аппарата Гербста, твин-блок и иные); зубоальвеолярная компенсация аномалии прикуса; выравнивание зубов без коррекции неправильного прикуса; зубоальвеолярная компенсация открытого прикуса с применением микроимплантатов.

Я информирован(а) врачом о том, что альтернативными методами лечения помимо указанных выше, являются: ортопедическое лечение, хирургическое лечение, а также отсутствие лечения как такового. Альтернативными методами лечения в детском возрасте является отсутствие ортодонтического лечения вообще.

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь с тем, что без рентгенологического контроля качественное лечение может быть затруднено. Я даю добровольное согласие на проведение рентгенологического контроля во время диагностики и ортодонтического лечения, обязуюсь уведомить лечащего врача в случае наступления беременности, так как это является противопоказанием к рентгенологическому исследованию.

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь с тем, что ортодонтическое лечение является длительным и может продолжаться до трех лет и более. В отдельных случаях, связанных с особенностями зубочелюстной системы пациента и его индивидуальными физиологическими особенностями, а также сложностью аномалии прикуса срок лечения может увеличиваться до пяти лет и более.

Мне врачом объяснено и понятно, что внутри ротовая съёмная ортодонтическая аппаратура представляет собой изготовленную в зуботехнической лаборатории пластмассовую пластинку, закрепляемую на зубах пациента и снабжённую крепежными и направляющими элементами (кламмеры, винты, дуги и др.) и бывает следующих видов:

- двучелюстная: применяется у детей 6-12 лет и позволяет сдерживать избыточный или стимулировать недостаточный рост челюстных костей (аппарат Френкеля, аппарат Twin-block (аппарат Кларка), активатор Кламмта, активатор Андресена-Гойпля и др.);
- одночелюстная: применяется для расширения зубных рядов и выведения зубов в правильную позицию (аппарат Брюкля, аппарат Шварца и др.);
- в виде внеротовых аппаратов (лицевая маска, маска Диляра, ассиметричная и универсальная лицевые дуги), которые обычно бывают съёмными и комбинируются с внутриротовыми аппаратами для стимуляции роста и выдвижения верхней челюсти. Назначают на использование в свободное и ночное время суток.

Мне врачом объяснено и понятно, что:

- практически все вышеуказанные виды съёмных аппаратов могут натирать слизистую оболочку полости рта и нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Обычно для таких коррекций требуется не менее 3-4 посещений;
- при лечении на съёмной ортодонтической аппаратуре невозможно исправить некоторые виды зубочелюстных аномалий, достичь высокого эстетического результата;
- несъёмные внутриротовые ортодонтические аппараты (брекет-системы, аппарат Гербста), получившие широкое распространение, предполагают постоянное (на весь срок лечения) крепление к зубам пациента. Применение брекет-систем заключается в прочном креплении ко всем зубам специальных замочков (брекетов) и соединение их друг с другом ортодонтической дугой путем активного лигирования (плотной фиксации с помощью лигатур и иных приспособлений) или пассивного самолигирования (когда специальными крышками брекеты самостоятельно удерживают дугу). Вся эта система оказывает давление на искривленные зубы, группу зубов и приводит к выравниванию зубных рядов. Брекет-системы могут быть фабричного или лабораторного изготовления, вестибулярного (наружного) или лингвального (внутреннего) крепления к зубам. Изготавливаются брекеты из нержавеющей стали, титана, монокристалла, композита, керамики, специального стекловолокна, золота, искусственного сапфира. Аппарат Гербста это несъёмный ортодонтический аппарат для исправления дистального прикуса. Он состоит из двух телескопических шарниров, крепящихся при помощи колец или коронок к зубам верхней и нижней челюсти с каждой стороны. Аппарат жестко держит нижнюю челюсть в выдвинутом вперед состоянии;
- для успешного лечения некоторых зубочелюстных аномалий, в частности «скупченности зубов», необходимо создание дополнительного пространства за счет удаления некоторых зубов. На данный вид медицинского вмешательства мне будет предложено к изучению и подписанию отдельное информированное добровольное согласие.

Мне врачом объяснено и понятно, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, состоянием пародонта и организма в целом. Это повышает риск неудачи проведённого лечения, рецидива (повтора) заболевания и требует корректировки ранее составленного плана лечения, применения дополнительных методов обследования и лечения.

Мне врачом объяснено и понятно, что последствиями отказа от ортодонтического лечения могут быть: кариес; перелом зуба(ов); поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцессом, подвижностью зубов и их последующей потерей; прогрессирование зубочелюстных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; появление промежутков между зубами; неполноценное функционирование зубочелюстной системы и, как следствие, преждевременная потеря зубов и (или) костной ткани; нарушения в деятельности жевательных мышц; боли; поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением его функции и болевым синдромом; нарушение функции жевания, дыхания, речи; косметические, эстетические, а в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные неправильным соотношением челюстей, зубов и зубных рядов; прогрессирование заболеваний пародонта; заболевания жевательных мышц; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатологии. При этом врач и Исполнитель не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Мне врачом объяснено и понятно, что ортодонтическое лечение имеет следующие противопоказания: неудовлетворительная гигиена полости рта; отсутствие санации полости рта; наличие у пациента выраженных острых и хронических воспалительных заболеваний зубочелюстной системы; психические и неврологические заболевания; некоторые виды аллергических заболеваний; некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях.

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь с возможными осложнениями при ортодонтическом лечении, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи:

- потеря пломб и ортопедических конструкций, установленных в других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек;
- во время и после обезболивания (анестезии): отек мягких тканей; кровоизлияние в месте вкола иглы; аллергические реакции; анафилактический шок; гипертонический криз; коллапс; обморок; прикусывание щеки, губы, языка в связи со снижением чувствительности после анестезии в течение четырех часов после лечения;
- в процессе ортодонтического лечения: болевые ощущения; повышенная чувствительность зубов; отек десны и мягких тканей; травма щеки, губы, языка;
- появление или усиление подвижности зуба (зубов); деминерализация эмали и возникновение кариеса особенно в случае неадекватной гигиены полости рта; сколы эмали в области режущих краев и бугров зубов при контакте с аппаратурой, особенно при лечении керамическими и сапфировыми брекетами и на фоне бруксизма; увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; образование рецессий десны (оголение корней зубов) и прогрессирование рецессий десны в связи с индивидуальными особенностями пациента; обнажение, повреждение корня зуба; изменение формы десны; невозможность перемещения зуба (зубов); рассасывание корней; возникновение или усиление выраженности дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; нарушение функции речи; необходимость повторной установки имплантата (имплантатов); поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт из-за нарушений рекомендаций врача и режима использования аппарата; частичная или полная потеря достигнутого результата вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения и невыполнения рекомендаций врача (несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата); выпадение зубов в процессе ортодонтического лечения в связи с особенностями состояния пародонта; необходимость удаления зубов в процессе лечения; в некоторых случаях невозможность полного закрытия промежутков от удаленных по ортодонтическим показаниям зубов; непереносимость отдельных материалов;
- при наличии депульпированных зубов (зубов с удаленными нервами): обострение хронических воспалительных явлений (болевой синдром и припухлость десны и щеки, возникающие в результате обострения хронического периодонтита не связанного с ортодонтическим лечением); сколы стенки (корня) зуба или пломбировочного материала в процессе снятия брекетов (в результате повышенной хрупкости депульпированных зубов); перелом корня у зубов с вкладками или штифтами; изменение цвета зубов;
- при наличии ретенированных зубов (полностью сформировавшихся, не прорезавшихся в положенный срок постоянных зубов, находящихся длительный период в толще костной ткани): необходимость неоднократного хирургического вмешательства с целью обнажения коронки ретенированного зуба и вытяжения его в зубной ряд; анкилоз (сращение корня зуба с костной тканью) и, как следствие, невозможность его перемещения; оголение корня ретенированного зуба после его установки в зубной ряд или, напротив, увеличение объема тканей десны вокруг него; неполноценность твердых тканей ретенированного зуба; слишком медленное перемещение зуба с увеличением длительности лечения; невозможность установки зуба в зубной ряд; рассасывание корня ретенированного зуба и (или) соседних зубов в процессе перемещения;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава желудочно-кишечной микрофлоры.

Мне врачом объяснено и понятно, что ортодонтическое лечение состоит из следующих этапов:

- диагностический этап, который включает: осмотр; снятие слепков челюстей; антропометрический анализ моделей челюстей; рентгенографическое исследование; расчёт конструкции аппарата; составление плана лечения;
- подготовительный этап, который включает: санацию полости рта, включая фторирование; снятие зубного камня; лечение больных зубов с последующей реминерализующей терапией; при необходимости хирургические манипуляции, включая удаление зубов;
- основной (лечебный) этап, который включает: изготовление аппарата(ов); фиксация аппарата; регулярное наблюдение и коррекция. Длительность этого этапа варьируется от 0,5 года до 5 лет, чаще 1,5-2 года. Для успеха столь длительного лечения на первый план выходит необходимость точного выполнения рекомендаций и предписаний врача, особенно в части своевременных и регулярных приемов на назначенный прием (обычно 1-2 раза в месяц), тщательной гигиены полости рта и аппарата, особых правил питания;
- ретенционный этап, который заключается в стабилизации результатов лечения. Длительность этого этапа составляет несколько лет (1 - 2 года) и зависит от степени его необходимости. В качестве ретенционного аппарата возможно использование собственно ортодонтического аппарата, возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. На данный вид медицинского вмешательства мне будет предложено к изучению и подписанию отдельное информированное добровольное согласие. Также возможно изготовление нового ретенционного аппарата (некоторые отклонения от стандартной схемы возможны в каждом конкретном случае) в виде:
 - несъемного ретейнера на верхней челюсти (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов);
 - несъемного ретейнера на нижней челюсти (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов);
 - съемного ретенционного аппарата в виде пластинки или капы на верхнюю челюсть или двучелюстного аппарата для ночного ношения. Стандартный режим использования, если иное не указано лечащим врачом: первый год-8 часов в сутки (ночь), еще полгода-через ночь, еще полгода-2 раза в неделю, после 2 лет-1 раз в неделю для контроля (если ощущается значимое давление на зубы при установке ретейнера, значит, они слегка сместились, тогда ретенционный аппарат оставляется на ночь, если давления нет - не одевается, контроль осуществляется снова через неделю). В случае компромиссного варианта лечения, когда не достигнута полная коррекция прикуса, съемный ретенционный аппарат на верхнюю челюсть должен применяться каждую ночь постоянно для обеспечения ровной и эстетичной улыбки;
 - съемной ретенционной капы на передние зубы нижней челюсти (предназначена для ночного ношения только в случае поломки нижнего несъемного ретейнера и(или) при обнаружении неблагоприятных изменений положения нижних передних зубов до обращения к врачу).

Мне врачом объяснено и понятно, что в обязанности пациента в ретенционном периоде входит:

- регулярно носить съемные ретейнеры в указанном врачом режиме. В случае перерывов в ношении возможно изменение положения зубов, ухудшение эстетики улыбки и прикуса. Из-за этих перемещений после перерыва установка аппарата может оказаться невозможной. В этом случае может потребоваться изготовление нового ретенционного аппарата или повторное ортодонтическое лечение. При этом следует понимать, что ретенционный аппарат не может не подходить (не одеваться) при условии его регулярного ношения;
- обязательно брать с собой съемные ретейнеры в поездки длительностью более одного дня;
- в случае поломки или потери любого ретенционного аппарата незамедлительно обратиться к лечащему врачу;
- каждый день при вечерней чистке зубов необходимо обращать внимание на целостность несъемных ретейнеров. Если возникли основания полагать, что верхний или нижний ретейнер сломан или отклеился в области хотя бы одного зуба (ощущается металл проволоки и т.д.), необходимо начать использование съемного ретенционного аппарата на данную челюсть в течение не менее 12 часов в сутки, срочно записаться на прием к лечащему врачу и принести съемные ретенционные аппараты;

- осуществлять хорошую гигиену несъемных ретейнеров с использованием стандартных средств гигиены и специальной зубной нити. Один раз в шесть месяцев следует проходить профессиональную гигиену зубов в клинике в целях профилактики осложнений (появления налета, твердых зубных отложений, воспалений десен, запаха изо рта и кровоточивости десен);
- посещать профилактические осмотры раз в год, если иное не предписано лечащим врачом.

Мне врачом объяснено и понятно, что на протяжении всего периода ортодонтического лечения необходимо:

- регулярное прохождение плановых осмотров с кратностью и частотой, рекомендованной лечащим врачом;
- обязательное посещение стоматологического гигиениста не реже одного раза в 6 месяцев, а при необходимости (указание гигиениста или лечащего врача) чаще;
- тщательно следить за гигиеной полости рта и аппарата с помощью специальных средств и чистить зубы после каждого приема пищи;
- согласно рекомендациям лечащего врача носить межчелюстные эластики (специальные резиновые тяги) в должном режиме, так как без этого невозможно получить хорошие контакты между верхними и нижними зубами;
- придерживаться особых планов питания, исключающих возможность механического или термического повреждения аппаратуры;
- отказаться от употребления твердых продуктов, таких как сухари, орехи, твердые фрукты и т.п., требующие откусывания продукты употреблять только в нарезанном на небольшие кусочки виде;
- не употреблять вязкие продукты (халву, ирис, жевательную резинку и т.п.);
- избегать употребления излишне холодных или горячих продуктов и напитков;
- не употреблять кофе, крепкий чай, красящие напитки и продукты для исключения риска окрашивания материала фиксации брекетов и самих брекетов.

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь, что в случае лечения внутренними (лингвальными) брекет-системами существует ряд особенностей и ограничений в сравнении с лечением наружными (вестибулярными) брекет-системами:

- более длительный период привыкания до 3-10 недель, иногда больше;
- может выражаться в натирании языка элементами лингвальной брекет-системы, ухудшении дикции (шепелявость в голосе), трудностями при приеме пищи (неудобно откусывать, пережевывать пищу);
- более частые и долгие по длительности плановые визиты к врачу по сравнению с лечением вестибулярной техникой;
- частые unplanned посещения, связанные с более частыми отклейками брекетов, особенно в первое время после фиксации, дискомфортом от дуги (царапает, натирает и доставляет иные дискомфортные ощущения);
- зубы не так быстро становятся идеально ровными, иногда возможно даже и некоторое ухудшение положения отдельных зубов на первых этапах лечения, что связано с особенностями лингвальной техники;
- сразу после фиксации внутренних брекетов зубы не будут привычно смыкаться. Связано это с тем, что необходимо некоторое разобщение для исключения контакта верхних брекетов боковых зубов с нижними зубами. Это также вызовет некоторый дискомфорт, который будет уменьшаться в процессе лечения;
- относительная видимость межчелюстных эластиков (специальных резинок) на определенном этапе лечения. Ношение эластиков обязательное условие достижения хорошего результата лечения абсолютно для всех пациентов. Их необходимо будет носить в середине и в конце лечения. Для повышения эффекта они часто крепятся на наружной стороне зубов на специальных кнопках из пломбирочного материала под цвет зуба. Такие крепления могут быть слегка заметны с близкого расстояния и в первое время после их установки могут натирать губы и щеки. Сами эластики также в некоторой степени заметны;
- более частые визиты к гигиенисту для профессиональной чистки зубов и аппаратуры (не реже 1 раза в 4 месяца).

Мне разъяснено врачом и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, переломов ортодонтического аппарата и многих других осложнений необходимо особо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима взаимная шлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных, что может привести к необходимости их депульпирования.

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь с тем, что установление гарантийных обязательств на ортодонтическое лечение невозможно из-за длительности и индивидуальности ретенционного периода. При этом предоставляется гарантийный срок на ретейнеры, который составляет 12 месяцев с момента их установки. В течение данного периода ретейнеры ремонтируются без взимания с пациента платы. По истечении указанного гарантийного срока ремонт или замена ретенционных аппаратов производится на возмездной основе в соответствии с действующим на дату ремонта или замены прейскурантом Исполнителя. Срок ношения несъемных ретейнеров после ортодонтического лечения может составлять до 5-7 лет, в отдельных случаях и более длительный срок. На капы и съёмные пластины гарантия не распространяется. Срок ношения кап после ортодонтического лечения может составлять год и более. Срок ношения съёмных пластин после ортодонтического лечения может составлять до 3-5 лет. При ортодонтическом лечении детей ортодонтическими пластинами гарантия на пластины не предоставляется. В случае несоблюдения пациентом рекомендаций, в частности в случае несоблюдения адекватного уровня гигиены полости рта и неиспользования межчелюстных эластиков в должном режиме, лечащий врач не сможет обеспечить достижение желаемого результата лечения, а пациенту может быть отказано в продолжении дальнейшего лечения без возврата уплаченной за данные услуги суммы. Денежные средства, уплаченные за ортодонтическую коррекцию ортодонтическими аппаратами (конструкциями) надлежащего качества, к ношению которых пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие отсутствия вины врача и Исполнителя в невозможности пациента приспособиться к ношению таких конструкций. За случаи утери пациентом съёмных ортодонтических конструкций врач и Исполнитель ответственности не несет. Эстетическая оценка результатов лечения, связанных с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения при отсутствии функциональных нарушений, не может быть основанием для предъявления претензий.

Мне врачом объяснено и понятно и я соглашаюсь с информацией об особенностях ухода за зубами после завершения ортодонтического лечения:

- через неделю после снятия брекетов необходимо обратиться к гигиенисту для профессиональной чистки и фторирования зубов для восстановления эмали зубов и десен после долгого ортодонтического лечения;
- далее через 1-2 недели после чистки следует обратиться к врачу для осмотра зубов для выявления кариеса.

Мне врачом объяснено и понятно, что хотя предложенное лечение поможет сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли идеально ровные зубы). Ортодонтические аппараты являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объём манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объёма корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтёт необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объёме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется по плану.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследование, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а), в полной мере проинформирован(а) врачом, соглашаюсь и обязуюсь со своей (представляемого) стороны:

- посещать врача-ортодонта не реже 1 раза в 2 месяца, профилактические осмотры у лечащего врача стоматолога-терапевта или врача стоматолога детского в период активного ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по его окончании в течение ретенционного периода;
- проводить профессиональную гигиену полости рта при ортодонтическом лечении не реже шести раз в год;
- в случае неудовлетворительной более 3-х приемов подряд гигиены полости рта при ношении несъемной аппаратуры не возражать против снятия аппаратуры без возврата средств.

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

(подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(Клиент К.К.)

(подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(Клиент К.К.)

(подпись)