Приложение №_____
К стоматологической карте №_____ от « » _____

Информированное согласие
на проведение медицинского вмешательства

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести ортодонтическое лечение. 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 свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз:

_____
_____
_____,

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

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость обострения заболевания пародонта, поломки системы и травмирование слизистой оболочки полости рта, рецедива аномалии или деформации 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 100% 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 доктора в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я ПОНИМАЮ ВАЖНОСТЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ МОЕГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОБЯЗУЮСЬ ВЫПОЛНЯТЬ ВСЕ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И КУРСА ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, КАЖДЫЕ 4 МЕСЯЦА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПЕРЕД СНЯТИЕМ БРЕКЕТОВ. 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 высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

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

_____
_____
_____

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента_____

Подпись доктора_____

Дата_____