



Общество с ограниченной ответственностью  
Стоматологический салон «Консул»  
622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил,  
Октябрьский пр., 28. Тел.: /3435/ 44-24-34,  
konsul-nt@mail.ru, сайт: konsul-st.ru

р/с 40702810516540015295 в Уральский банк ОАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674  
БИК 046577674 ИНН 6623013175 КПП 662301001 ОКПО 15049526 ОГРН 1036601238046 ОКТМО 65751000

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (ортодонтического лечения).

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я \_\_\_\_\_ уполномочиваю  
врача-стоматолога \_\_\_\_\_ провести ортодонтическое  
лечение дефектов зубных рядов и челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию о том, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) 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(на) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня также познакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Доктор объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов ли 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 доктора 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: выполнять процедуру «Профессиональная гигиена полости рта» периодичностью 1 раз в 3 месяца в процессе лечения и 1 раз в 6 месяцев после лечения; посещать врача-стоматолога с целью планового профосмотра 1 раз в 6 месяцев. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с наличием 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 (медицинской карты).

Я обязуюсь полностью оплатить лечение, в том числе внеплановые мероприятия, связанные с несоблюдением врачебных рекомендаций и неявками на прием. В случае поломки или утраты ортодонтического аппарата обязуюсь оплатить его повторное изготовление.

В случае повторной явки на прием неудовлетворительной гигиеной полости рта бреет-система снимается во избежании осложнений, денежные средства за ее установку не возвращаются, повторная установка брекет-системы осуществляется за полную стоимость, согласно прейскуранта.

Стоимость снятия брекет-системы и установки ретенционной аппаратуры оплачивается отдельно после окончания лечения.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись доктора \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.