



## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА РЕТЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*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 \_\_\_\_\_ даю согласие на

снятие брекет-системы. Врач объяснил мне, что достигнутый результат не стабилен, что необходимо ретенционный (закрепляющий) период лечения, который длится:

- 3 года
- 5 лет
- неограниченное время

В качестве ретенционного аппарата мне предложено

- флекс-ретенер
- прозрачный ретенер
- съемная пластинка

Я понимаю, что вся ответственность за ретенционный период лечения лежит на мне. Я знаю, что при любой поломке аппарата я обязан обратиться к врачу в течение 3 календарных дней. Я понимаю, что невыполнение данного условия влечет за собой частичный рецидив. Врач объяснил мне, как проверять сохранность ретенера.

Я извещен, что при продолжительном ортодонтическом лечении в случае возникновения необходимости снятия установленной брекет-системы (ретенционного аппарата) по направлению стоматолога — терапевта (для лечения зубов) снятие и повторная установка их производится по действующему на данный день посещения прейскуранту цен.

**ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ  
ПРИ ОКАЗАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ**

<i>№ П/П</i>	<i>НАИМЕНОВАНИЕ</i>	<i>СРОК ГАРАНТИИ</i>
1.	СЪЕМНАЯ ПЛАСТИНА	1 ГОД
2.	ФЛЕКС-РЕТЕЙНЕР	6 МЕСЯЦЕВ

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**

ООО Стоматологический салон «Консул»  
622049, г. Нижний Тагил, пр. Октябрьский, 28  
ИНН 6623013175 КПП 662301001  
Р/С 40702810800000001484 ОАО «Тагилбанк»  
К/С 30101810800000000805 БИК 046510805

**ЗАКАЗЧИК**

С конструкцией, ценой, гарантийными  
сроками ознакомлен и согласен.  
Даю информированное согласие на  
проведение стоматологического лечения.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

Лечащий врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись пациента (родителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.