**Информированное согласие пациента на ортодонтическое лечение**

К договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Г.Москва «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Я,пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим документом добровольно даю свое согласие врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ООО «Европейская стоматология» клиники Европейская стоматология на проведение мне ортодонтического лечения или других манипуляций, необходимых для осуществления плана лечения. Суть предстоящих действий врача мне предварительно была объяснена.

Я понимаю, что целью лечения является возможная коррекция положения зубов в зубных рядах, характера их смыкания (прикуса) и связанного со всем этим моего внешнего вида в целом. Доктор объяснил мне, что в случае отказа от предложенного лечения мое стоматологическое здоровье будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно- и не только) факторов риска для моего здоровья:

-кариес;

-поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, гноетечением, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, формированием кист, подвижностью зубов и их последующей потерей, появлением промежутков между зубами (нарушение внешнего вида):

-нарушением окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;

-нарушения в деятельности жевательных мышц:

-поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможным болевым синдромом;

-нарушение носового дыхания, речи и моего внешнего вида в целом.

Меня информировали обо всех возможных альтернативных методах лечения.

Я уведомлен о том, что имеющиеся у меня вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии моего заболевания и что отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения. Я понимаю, что невыполнение рекомендаций доктора сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата лечения, несмотря на все усилия врача, применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен тщательно и скрупулезно выполнять рекомендации доктора в процессе проводимого им для меня лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение чревато по крайней мере ухудшением возможного результата. Я согласен с тем, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения или неполного выполнения рекомендаций доктора ложиться на меня.

Доктор объяснил мне, что имеется определенный исходный и потенциальный риск в любой лечебной манипуляции или хирургической операции, и что в данном конкретном случае такой риск включает (но не ограничивается):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если в процессе какой-либо лечебной манипуляции (операции) возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от доктора принятие решения, либо проведения дополнительных манипуляций в добавление к перечисленным здесь, или самостоятельных, я прошу и уполномочиваю доктора сделать то, что он сочтет необходимым в такой ситуации.

Мне не давали гарантии и не уверяли в том, что предложенное лечение будет полностью успешным к моему полному удовлетворению. Меня предупредили о том, что моя эстетическая оценка, связанная с переменами в моем внешнем виде, субъективна, поэтому может не совпадать с оценкой врача и окружающих. Эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может служить основанием для предъявления претензий. Я осведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят неизолированный характер, т.к. они являются частью лицевого скелета в целом. В следствии этого, а также в следствии индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на обеспеченное мне качественное лечение. В любом случае мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и диспансерное наблюдение. Я даю свое согласие и понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций доктора, графиков диспансерного наблюдения и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в пост-лечебном периоде ложится на меня.

Я имел возможность обсудить с доктором мою предыдущую медицинскую историю, включая все серьезные проблемы со здоровьем и/или травмы, повреждения и операции, если таковые имеются.

Своей подписью я заверяю, что прочел и полностью понял все слова и выражения, касающиеся предложенного мне ортодонтического лечения, а также представленные мне все возможные объяснения. Все пропуски и места в тексте, требующие заполнения, были заполнены, а все параграфы в тексте, не касающиеся данной ситуации (если таковые были), были зачеркнуты прежде, чем я поставил свою подпись. Я так же заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для полного понимания всего вышеупомянутого. Я понимаю, что ответственен за оплату оказанных мне услуг, в соответствии с действующим в момент оказания услуги в стоматологической клинике Европейская стоматология, прейскурантом.

Пациент или его законный представитель родитель или опекун) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)