Приложение к медицинской карте № {НомерМедКартыПациента}

**Информированное добровольное согласие**

**на снятие брекет-системы и изготовление съемного/несъемного ретейнера**

{ДатаДоговора}

        Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю добровольное информированное согласие на предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: снятие брекет-системы и изготовление съемного /несъемного ретейнера.

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

        Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной.

        Я подтверждаю, что я лично заполнил/а анкету о своих перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, а также о моем общем состоянии здоровья. Я осознаю, что несу ответственность за умышленное сокрытие или искажение информации о моем здоровье. Мне доступны, и я понимаю информацию о результатах предварительного медицинского осмотра и диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обосновании необходимости лечения, методах лечения и связанных с ними рисках. Мне сообщена информация о предполагаемом плане лечения, о существующих утвержденных методиках лечения, а также об используемых лекарственных препаратах. Я задал/а все необходимые вопросы, чтобы полностью понимать характер и способы лечения, и получил/а на них исчерпывающие ответы.

        Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться. Мне разъяснено, что снятие брекет системы – это ортодонтическая манипуляция, которая включает в себя, удаление брекетов и устранение остатков композитного материала с поверхности зубов.

        В процессе выполнения данной процедуры возможны дискомфорт и легкие болевые ощущения, которые полностью исчезнут после ее завершения. Для закрепления результатов медицинского вмешательства рекомендуется пройти этап ретенции. Ретенция осуществляется при помощи специальных ретейнеров, которые необходимо носить во рту после удаления брекет-системы. Ретейнеры могут быть как съемными (каппы), так и несъемными (железная дуга) в зависимости от пожелания пациента. Срок использования ретейнеров индивидуален и зависит от физиологических особенностей каждого пациента. Общий период использования может достигать пяти лет.

Мне было объяснено врачом о том, что для достижения положительного результата медицинской процедуры необходимо установить ретейнер.

        Мне было сообщено врачом о необходимости явиться на профилактические осмотры у ортодонта через 3 месяца, 6 месяцев и год, и затем ежегодно. Мне были представлены правила по ношению и уходу за ретенционными аппаратами.                 Я осведомлен(а), что несоблюдение этих правил сокращает гарантийный срок, а грубые нарушения рекомендаций врача приводят к аннулированию гарантии. В случае возникновения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, во время обследования и процедур, я согласен(на) на изменение плана лечения, включая отказ от его продолжения, и прошу быть в курсе этой информации.

        Я осведомлен/а о требованиях и рекомендациях врача во время амбулаторного лечения. Я понимаю и принимаю инструкции относительно моего питания, физических нагрузок и других ограничений, а также необходимости являться на контрольные осмотры и исследования. Я осознаю, что невыполнение данных рекомендаций может негативно сказаться на моем здоровье и снизить эффективность лечения по моей вине. В связи с этим я понимаю, что медицинский центр не может гарантировать полное выздоровление, и в случае возникновения проблем я не буду предъявлять претензии к врачу и медицинскому центру.

Мне пояснили, что лечебные процедуры могут быть прерваны или отменены врачом, если они несовместимы с моим организмом, плохо переносятся или если мой организм недостаточно подготовлен к данным процедурам, а также в случае отсутствия положительного результата. Врач может также заменить лекарственные препараты по тем же причинам. Я осознаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе. Вместе с тем мне были ясно объяснены все возможные последствия такого решения в контексте моего текущего заболевания и его возможного прогрессирования в случае незавершенного лечения. В таком случае у меня не будет никаких претензий к стоматологической клинике.

        Я осознаю, что в ходе предоставления мне медицинских услуг могут возникнуть непредвиденные ситуации, на которые невозможно полностью предвидеть в момент составления данного документа. Я признаю право медицинского учреждения принимать соответствующие решения в таких ситуациях по своему усмотрению, даже если это может вызвать неудобства для меня, но не причинит при этом вреда моему здоровью.

        Мне было объяснено, что в процессе лечения мне будет применена анестезия, и выбор метода и препаратов будет осуществляться лечащим врачом при моем согласии. Я осознаю, что всегда существует риск, связанный с применением анестезии, и этот риск мне был полностью разъяснен. Я понимаю, что после введения анестезии необходимо воздержаться от управления транспортными средствами и сложными механизмами в течение 24 часов, пока действие лекарственных препаратов не пройдет и нормальное состояние не восстановится. Я осознаю, что реакция каждого организма на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и возможны различные осложнения. Я ознакомлен/а со списком потенциальных осложнений, которые могут возникнуть.

        Я доверяю лечащему врачу и всему медицинскому персоналу, оказывающему помощь, в принятии решений, основанных на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках. Я обязуюсь выполнять все медицинские процедуры, которые они считают необходимыми для улучшения моего состояния.

        Я подтверждаю, что я прочитал(а) текст информированного согласия, понял(а) его смысл и цель. Мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующим периодом реабилитации. Я получил(а) удовлетворительные ответы на все мои вопросы и не имею никаких оставшихся неразъясненных вопросов к врачу. Я согласен(а) на медицинское вмешательство и лечение в соответствии с предложенными условиями.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)