УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Дента Арт»
_____ /В.Г. Кравченко/
Приложение № 1 к приказу 2701 от«27» января 2021г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента на **на снятие брекет-системы и изготовление съемного/несъемного ретенционного аппарата** в ООО «Дента Арт»

Я,_____
"_____" _____ г. рождения,
Законный представитель _____,
зарегистрированный по адресу:_____
_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно **на снятие брекет-системы и изготовление съемного/несъемного ретенционного аппарата**
Медицинским
работником_____
_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)
Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", 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. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как результат соответствует моим индивидуальным анатомическим особенностям и полностью меня устраивает эстетически и функционально.
Также я проинформирован(а) врачом-ортодонтом о необходимости изготовления ретенционных аппаратов:

- несъемный проволочный ретенционный аппарат на верхней челюсти _____,
- несъемный проволочный ретенционный аппарат на нижней челюсти _____,
- эластокорректор, далее «каппа»,
- съемная ретенционная каппа на верхней челюсти _____,
- съемная ретенционная каппа на нижнюю челюсть _____,
- другое _____

после снятия брекет-системы и использования их по предложенной схеме чтобы избежать возврата к прежнему состоянию.

Меня также ознакомили с возможными **альтернативными вариантами ретенционного аппарата:**_____, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (меньшие стабилизиующие свойства после ортодонтического лечения, худшие функциональные качества)
Меня также ознакомили с возможными **альтернативными вариантами ретенционного аппарата** _____, которые, в моем случае, будут иметь больший клинический успех (лучшие эстетические, гигиенические, функциональные качества, лучшие удерживающие качества).
Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата.

Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения через 3, 6 , 12, 18, 24,

30, 36 месяцев после окончания лечения.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по данному виду лечения лечению.Доктор поставил меня в известность о том, что гарантийный срок ретенционного аппарата съемного и несъемного 6 месяцев. Срок службы ретенционного аппарата съемного и несъемного 1 год. Утерянные аппараты изготавливаются заново за полную стоимость. По истечении гарантийного срока (6 месяцев) починка ретенционного аппарата оплачивается согласно действующему прейскуранту.

Решение об отмене ретенционного аппарата принимает лечащий врач.

Мне разъяснено, что для изготовления новых съёмных ретенционных аппаратов в случае их потери / поломки, необходимо каждый раз снимать новые оттиски.
Меня ознакомили с правилами пользования и ухода за ретенционными аппаратами.

Я поставлен(а) в известность, что в случае несоблюдения правил пользования аппаратом снижается гарантийный срок и срок службы аппаратов. В случае грубых нарушений гарантия аннулируется.

Мне разъяснено, что: следующее посещение врача-ортодонта, совместно с консультацией врача стоматолога-терапевта назначено через один месяц, так как возможен явный или скрытый кариозный процесс в полости рта; на прием необходимо принести снимки; для стабилизации достигнутого результата ортодонтического лечения необходимо восстановить анатомическую форму всех групп зубов, при необходимости восстановить непрерывность зубных рядов (ортопедическая и/ или терапевтическая реабилитация).

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прейскуранта Исполнителя.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.
Мне были объяснены все возможные исходы ретенционного периода, а также альтернативные варианты.
Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.
Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.
Я внимательно ознакомился(ась) 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 (законного представителя) _____ Подпись врача _____

Дата “ ” 20 г.