

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ_

Я, _____
Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «КораллДент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **на проведение ортодонтического лечения** у врача – стоматолога ортодонта по поводу дефектов зубных рядов и челюстей.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения с целью достижения наилучшего клинического результата.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии и деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, где все процессы протекают индивидуально и 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 или изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача в процессе лечения и по окончании лечения при пользовании ретенционным аппаратом.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения.

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты.

Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я внимательно ознакомился с данным информированным согласием и понимаю, что оно является юридическим документом и несоблюдение его влечет для меня правовые последствия.

Пациент/Законный представитель: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

Дата: {ДатаПолная}