

**Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы и установку ретенционных аппаратов**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО пациента или законного представителя несовершеннолетнего пациента)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **снятие брекет-системы и установку съемных и(или) несъемных ретейнеров.**

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, 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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а) о том, что после окончания активного периода и снятия ортодонтической аппаратуры для удержания полученных результатов необходимо ношение специальных съёмных и несъёмных аппаратов (ретейнеров). Цель использования ретенционных аппаратов - закрепление результатов ортодонтического лечения.

В связи с тем, что меня удовлетворяет полученный эстетический и функциональный результат ортодонтического лечения, положение зубов и состояние прикуса, я принимаю решение завершить ортодонтическое лечение и снять несъемную аппаратуру (брекет-систему), и установить съемные и(или) несъемных ретейнеры.

Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии в виде частичной или полной потери достигнутого результата, который не является гарантийным случаем. Этому способствуют прогрессирование заболеваний пародонта, отказ от профессиональной гигиены, лечения, протезирования зубов, удаления зубов/зачатков зубов 1.8, 2.8, 3.8, 4.8.

Я информирован(а) о необходимости профилактических осмотров в ретенционном периоде. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, несу ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья.

Я получил(а) рекомендации: осмотр \_\_\_\_\_ раза в год.

Я информирован(а) о том, что срок ношения несъемных ретейнеров может быть постоянным. Срок ношения съемной ретенционной каппы не менее 3-х лет. Я понимаю важность соблюдения рекомендованного режима и сроков. Меня ознакомили с правилами пользования и ухода за ретенционными аппаратами.

Я информирован(а) о необходимости: соблюдения всех рекомендаций и назначений врача, в том числе по уходу за ретейнерами, явки пациента на приемы в строго установленное врачом периоды, немедленного обращения к врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство. Я информирован(а) о том, что при обращении в более поздний срок с момента поломки ретейнера, возможно изменение положения отдельных зубов.

Я информирован(а) врачом ортодонтом о том, что в связи с дальнейшими возрастными изменениями зубочелюстной системы и жевательного аппарата, установление гарантийных сроков и сроков службы на стабильное положение и состояние здоровья зубов невозможно.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или

индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки. Я согласен(а) и разрешаю опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства и ухода за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от лечения, уведомив об этом лечащего врача в письменной форме. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющего юридическую силу и являющегося частью моей медицинской карты. Я принимаю решение приступить к лечению.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Пациента или законного представителя Пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)