

**Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения в ООО «Антериор»**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО)  
 в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей, а именно:**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен (а) с техническими особенностями процедуры **ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей** и даю свое согласие на ее проведение.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, доведенную до меня информацию, что при проведении лечебных манипуляций по **ортодонтическому лечению дефектов зубных рядов и челюстей**, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергических реакций и др.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов, поэтому возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и/или изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться 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 поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков по данному виду услуг (работ) невозможно.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

\_\_\_\_\_;

- аллергические реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_  
 (указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: \_\_\_\_\_  
 (указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_.

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.*

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ф.и.о. подпись

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ф.и.о. подпись

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г