УФ-17, версия 1

Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы и изготовление съемного/несъемного ретейнера.**в ООО «Антериор»**

Я, _____,
согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат лечения. Также я проинформирован(а) врачом-ортодонт_____ о необходимости изготовления ретенционного аппарата съемного_____ / несъемного_____
после снятия брекет-системы, чтобы избежать возврата к прежнему состоянию. Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата. Я согласен(на) оплатить изготовление ретенционных аппаратов, стоимостью_____
(_____) рублей. Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения (через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, ежегодно). Доктор поставил меня в известность о том, что гарантийный срок съемного и несъемного аппаратов составляет 1 год, а срок службы 2 года. 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 аппарата (до 6 месяцев и 1 года). В случаях грубых нарушений гарантия аннулируется. 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 медицинской карты.
Я проинформирован(а) о том, что снятие брекет-системы, а также изготовление ретенционных аппаратов является следующим этапом лечения, который оплачивается дополнительно, по ценам прейскуранта, действующего на момент снятия брекетов. Я также понимаю необходимость регулярных осмотров по окончании лечения.
Я внимательно прочитал(а) данное приложение к медицинской карте стоматологического больного и понимаю, что послед нее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей, а также на смешанную обработку персональных данных по существующим технологиям.

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: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г