

ООО «Студия Улыбок» строго руководствуется:

- **Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;**
- **Федеральным законом «О защите прав потребителей»;**
- **современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства**

Ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильно стоящих зубов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).

2.5. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

2.6. Возможные альтернативные варианты, а именно: _____

2.7. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно _____ (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): _____

2.8. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- *нарушения эмали зубов* (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
- *воспаление десны* (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;
- *избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций* вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- *невозможность перемещения зуба* – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
- *усиление опускания десны* – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;
- *рассасывание верхушек корней* – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- *нарушение речевой функции* – временно, на период ортодонтического лечения;
- *поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт* – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.);
- *частичная или полная потеря достигнутого результата* – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною **плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы об условиях ортодонтического лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

Подпись врача: _____ / _____ /