



Информированное согласие на проведение ортодонтического лечения

Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты.

Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций врача сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата и развития осложнений, несмотря на все усилия врача и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен(а) тщательно и скрупулезно выполнять рекомендации врача в процессе проводимого для меня лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата. Я согласен(а) с тем, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения или неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Впоследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск, рецидива (повтора) заболевания, необходимости избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложится на меня. Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача. На лечение согласен(а). С суммой и поэтапной формой оплаты согласен(на).

Я внимательно ознакомился с данным доп. соглашением и информированным согласием и понимаю, что они являются юридически значимыми документами.

Пациент: _____ / _____ / Врач: _____ / _____ /

Дата: _____