

Стоматологическая клиника «Мистер Президент»
Общество с ограниченной ответственностью «ТАН»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«__» _____ г. рождения, зарегистрированного по адресу:
(дата рождения пациента)

_____ (адрес регистрации пациента)

Проживающего по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, и уполномочиваю медицинского работника - врача-стоматолога _____ в Обществе с ограниченной ответственностью «ТАН» провести ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей. Этот документ содержит необходимую информацию о том, что я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных манипуляций перед началом лечения: санация полости рта, процедура профессиональной гигиены, и, при необходимости, подготовка эмали. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Я информирован(а) о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до 2-х недель), о возможных небольших болевых ощущениях, о дискомфорте после активации аппарата. Я понимаю, что иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения, изменения срока лечения и возможности привлечения других

специалистов. Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего стоматолога-терапевта в течение ортодонтического лечения не реже 1 раза в 3 недели и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения. Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно. Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения, в целях контроля качества. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни и приложения договора.

Медицинским работником – врачом -стоматологом _____ в доступной для меня форме 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 одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)