

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
проведение восстановления, замены несъемного ретенционного аппарата**

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

*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*

Я, {ФамилияИмяОтчество}, обратился(лась) с целью подклеить, восстановить, заменить ретейнер. Я проходил(а) ортодонтическое лечение в другом медицинском учреждении и понимаю, что мне следует обратиться к своему лечащему врачу, даже если мне будет оказана помощь в данном медицинском учреждении.

1. Я понимаю, что мне оказывают экстренную помощь, чтобы избежать нежелательного смещения зубов. Я понимаю, что доктор, оказывающий помощь, не несет ответственности за результат ортодонтического лечения и за стабильность полученного результата.
2. Я понимаю, что в случае, когда зубы уже изменили свое положение, восстановление (подклейка) ретейнера не приведет к улучшению положения зубов.
3. Я проинформирован(а), что при необходимости врач имеет право:
  - назначить дополнительные исследования (рентгеновские снимки);
  - назначить снятие слепков для получения контрольных моделей челюстей;
  - направить на консультацию смежных специалистов;
  - направить на профессиональную гигиену полости рта.
4. Я проинформирован(а), что повторно ретейнер фиксируется хуже и отклейки могут происходить и в дальнейшем.
5. Я понимаю, что клиника не дает гарантий на вышеперечисленные виды работ и оплата осуществляется пациентом согласно действующему на момент оказания услуги прейскуранту.
6. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
7. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

**Подпись пациента**

**Подпись врача**

\_\_\_\_\_/ {ФамилияИО}/

\_\_\_\_\_/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}