**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
снятие брекет-системы и установку 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}, доверяю врачу-ортодонту провести снятие брекет-системы.

1. Я согласен(а) с результатом лечения и не имею претензий к врачу и клинике.
2. Врач ознакомил меня с правилами и режимом использования ретенционных аппаратов (несъемные ретейнеры, каппы, ретенционные пластинки) и я с ними согласен(а).
3. Я предупрежден(а) врачом о возможных осложнениях при несоблюдении сроков и правил ношения ретенционных аппаратов.
4. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях из-за отказа от удаления зубов «мудрости» или отказа от проведения протезирования в случаях, когда мне рекомендовал врач.
5. Мне объяснена важность регулярного наблюдения в ретенционном периоде и осмотрах врача не реже одного раза в 5-6 месяцев.
6. Я понимаю значение гигиены полости рта в ретенционном периоде.
7. Я обязуюсь выполнять все рекомендации и назначения врача, чтобы избежать возможных осложнений.
8. Я понимаю, что длительность ретенционного периода зависит от возраста, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе лечения и сложности исходной патологии, в связи с чем, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.
9. 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.
10. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ /{ФамилияИО}/

_____ /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}