

## **Положение об установлении гарантийных сроков при лечении на брекет-системе в ООО МЦ «Сибирское здоровье»**

Право медицинского центра самостоятельно устанавливать срок службы и гарантийный срок закреплено в п.1 и п.6 ст.5 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022 № 478-ФЗ) "О защите прав потребителей".

В соответствии со ст. 10 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022 № 478-ФЗ) «О защите прав потребителей» медицинский центр доводит до сведения Пациента указанные сроки службы и сроки гарантии в виде информации на стенде в холле регистратуры, размещения на сайте, либо в виде записи в медицинской амбулаторной карте, информированных добровольных согласиях на лечение и т.п.

Целью ортодонтического лечения на брекет-системе является возможное частичное или полное устранение имеющихся аномалий прикуса Пациента. Результат лечения зависит от индивидуальных особенностей организма Пациента.

В связи с тем, что ортодонтическое лечение носит индивидуальный характер и зависит от сложности зубочелюстной аномалии у каждого Пациента, врач, который проводит ортодонтическое лечение, не может гарантировать конкретных сроков устранения зубочелюстной аномалии, четких результатов и отсутствия рецидива.

Исполнитель вправе гарантировать:

- точность диагностики, выявление причины зубочелюстной аномалии;
- подбор оптимальной ортодонтической аппаратуры;
- улучшение эстетики и функций зубочелюстной системы.

Пациент обязан соблюдать все требования Исполнителя, касающиеся как процедуры лечения и рекомендаций врача, явок на приём, так и последующих профилактических мероприятий, для достижения наилучшего результата лечения и сохранения гарантийных обязательств.

При несоблюдении Пациентом правил гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба, и в этом случае Исполнитель (врач) не несет ответственности за результат лечения и развитие кариозных процессов. Лечение кариеса в данном случае оплачивается Пациентом.

Началом лечения считается установка брекет-системы в полости рта Пациента, окончанием лечения - снятие брекет-системы и установка ретенционного аппарата.

Пациент обязан проходить регулярный профилактический осмотр и выполнять профилактическую гигиену полости рта на основном (лечебном) этапе – 1 раз в 3 месяца, на остальных этапах лечения – 1 раз в 6 месяцев.

При лечении на брекет-системе Пациент обязан соблюдать осторожность при употреблении твердых пищевых продуктов, т.к. они могут привести к механической поломке элементов брекет-системы, а так же продуктов, употребление которых может резко ухудшить гигиену полости рта (ириски, леденцы, чипсы, орехи, мороженое и другие).

В случае поломки элементов ортодонтического аппарата (кнопки, брекет, крючок, пружина) их замена производится за счёт Исполнителя не более 1 (Одного) раза за весь период лечения Пациента.

В случае поломки элементов ортодонтического аппарата (кнопки, брекет, крючок, пружина) 2 (Два) и более раза, замена поврежденных элементов производится каждый раз за счёт Заказчика (Пациента) по действующему прейскуранту цен.

В случае отклейки брекета без его утери в течение первого месяца с даты установки брекет-системы, приклейка брекета производится за счёт Исполнителя не более 1 (Одного) раза за первый

месяц.

В случае отклейки брекета и/ или его утери, приклейка брекета производится за счёт Заказчика (Пациента) по действующему прейскуранту цен. В данном случае Пациент обязан оплатить стоимость брекета и стоимость фиксации брекета согласно действующего Прейскуранта, в день обращения.

В случае поломки ортодонтической дуги, потере брекета - стоимость новой дуги (брекета) оплачивается Пациентом согласно действующего Прейскуранта.

При систематической (более 3-х раз за курс лечения) поломке элементов брекет-системы по вине Пациента, Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в дальнейшем лечении.

В случае потери металлических элементов (кнопки, дуга, брекет, крючок, пружина) их замена производится за счёт Пациента в полном объеме стоимости утраченного элемента.

В случае, если в течение первого месяца после сдачи ретенционной капы произошла её поломка, деформация, стираемость и т.п., дефекты устраняются за счёт Исполнителя. В случае, если поломка, деформация, стираемость и т.п. ретенционной капы произошли после первого месяца после её сдачи, дефекты устраняются за счёт Пациента (Заказчика) по действующему прейскуранту цен.

В случае утери Пациентом ретенционной капы, вне зависимости от срока её сдачи, новая ретенционная капа изготавливается за счёт Заказчика по действующему прейскуранту цен.

- На ретенционном этапе:

- В случае отклейки ретейнера не более чем на 1-2 зуба, без его утери, в течение первого месяца с даты его установки, приклейка ретейнера производится за счёт Исполнителя не более 1 (Одного) раза за первый месяц.

- В случае отклейки ретейнера не более чем на 1-2 зуба, без его утери, в течение второго и последующего месяцев с даты его установки, приклейка ретейнера производится за счёт Пациента.

- В случае отклейки ретейнера более чем на 2 зуба, без его утери, в течение первого месяца с даты его установки, приклейка ретейнера производится за счёт Пациента.

- В случае полной отклейки ретейнера, без его утери, приклейка ретейнера производится за счёт Пациента.

- Исполнитель не несет ответственности и гарантийных обязательств в случаях:

- если Пациент настаивает на досрочном окончании лечения и снятии аппарата. Прерывание лечения на брекет-системе, независимо от причин, возможно только после завершения очередного этапа лечения. В случае прерывания лечения по желанию Пациента, он обязан оплатить стоимость снятия аппарата. Деньги за ранее проведенное лечение не возвращаются. В случае прерывания ортодонтического лечения из-за возникновения осложнений по физиологическим причинам, деньги за проведенное лечение не возвращаются.

- отказ Пациента от установки миниимпланта (минивинта), необходимого по медицинским показаниям;

- отказ Пациента от съёмных ретенционных конструкций (пластинок, капы);

- возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях, отклонения в состоянии здоровья, отказа от лечения, отказа от оплаты ортодонтических услуг);

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении и без информирования врача-ортодонта о прошлых лечебных манипуляциях;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Анкете здоровья Пациента (анамнез);

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;

- если Пациент в процессе лечения обращается к специалисту в другую клинику (ЛПУ) за консультацией по поводу правильного ведения настоящего ортодонтического лечения. В случае, когда эта критика принимается голословно и предъявляются материальные претензии, соблюдая морально-этические нормы и правила в медицине, Исполнитель вправе расторгнуть с Заказчиком настоящий договор без выплаты стоимости брекет-системы и возврата денежных средств за уже проведённое лечение;

- если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

В случае поломки ретенционного аппарата Пациент должен немедленно сообщить об этом факте лечащему врачу.

Исполнитель (врач) определяет индивидуально для Пациента гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, а так же условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства. Срок гарантии фиксируется в Акте приёма-передачи работ, подписываемом Сторонами.

На профессиональную гигиену, хирургические манипуляции и прочие не овеществлённые результаты услуг, гарантии выражаются только в соблюдении технологий оказания услуги.

Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций Исполнителя (врача), в т.ч. назначенного режима и стандарта лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в установленные сроки, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента и аннулировать гарантийные обязательства.

*Условиями исполнения гарантийных обязательств Исполнителем являются:*

- Полное выполнение Пациентом индивидуального плана и всех этапов лечения;
- Прохождение Пациентом профилактических осмотров у Исполнителя в соответствии с рекомендациями врача;
- Соблюдение Пациентом тщательной гигиены полости рта;
- Проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике;
- Незамедлительное обращение в клинику Исполнителя в случае появления дискомфорта в области проведенного лечения;
- Предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения Пациента к ним за неотложной помощью;
- Прохождение Пациентом рентгенографии полости рта, по назначению врача.

• *Гарантийные обязательства Исполнителя аннулируются в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологических состояний организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.*

• *Гарантийный срок аннулируется также в следующих случаях:*

- при нарушении Заказчиком графиков профилактических осмотров и гигиенических визитов, предусмотренных планом лечения, а также добровольного отказа Пациента от профилактической гигиены полости рта;

- при несоблюдении условий по эксплуатации ортодонтической конструкции (игнорирование требования об использовании спец. паст и зубных щеток, очищающих таблеток и т.д.);

- если Пациент своевременно не посещает других специалистов-стоматологов, назначенных ему лечащим врачом по медицинским показаниям в связи с необходимостью дополнительного лечения;

- после завершения основного (лечебного) этапа лечения пациент не соблюдает рекомендации по обязательному ношению ретенционного аппарата (конструкций) в т.ч. ретенционной капы.

- возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, связанных с повышенной или сниженной чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и кожи лица, замедленного заживления ран, отёка тканей, болевых ощущений, аллергической реакции и других неожиданных последствий и осложнений.

• В течение гарантийного срока Исполнитель обязуется устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийного срока, установленного лечащим врачом с момента оказания услуг, зафиксированном в Акте приёма-передачи работ.

*Гарантийные обязательства не устанавливаются при наличии факторов, на которые врачи клиники повлиять не могут: состояние здоровья пациента, иммунитет, наследственность, анатомические особенности.*

Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для предъявления претензий к Исполнителю, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований и санитарно-гигиенических мероприятий.

Исполнитель гарантирует Пациенту качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов и оборудования.

*Качественное оказание услуги и достижение качественного результата работы невозможно без активного участия самого Пациента. Пациент осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия оказанной услуги, а именно:*

- явка на обязательные профилактические осмотры и проф. гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача;
- строгое выполнение всех рекомендаций и предписаний врача;
- посещение врача точно в назначенный срок;
- предоставление Исполнителю точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о переносимых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне Клиники Исполнителя лечении;
- информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;
- соблюдение правил внутреннего распорядка Исполнителя;
- незамедлительное обращение в клинику Исполнителя в случае появления дискомфорта в области проведенного лечения;
- предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений;
- гарантийный срок и срок службы на проведённое лечение сохраняется при условии, если Пациент выполняет весь план лечения, согласованный с врачом, и все рекомендации врача.

Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для предъявления претензий к Исполнителю, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований и санитарно-гигиенических мероприятий.

*Возможный дискомфорт, вызванный спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, который проходит в течение разумного срока и о которых Пациент заранее предупрежден, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для предъявления претензий к Исполнителю.*

Порядок обращения Пациентов по гарантийным случаям:

В случае возникновения любых замечаний к выполненным работам и услугам Пациент вначале должен незамедлительно обратиться (по телефону или лично) в ООО МЦ «Сибирское здоровье», изложить суть замечаний и записаться на бесплатный прием к лечащему врачу.

Не обращаться за устранением возникшего дефекта в другую стоматологическую клинику/кабинет за исключением случаев, угрожающих жизни и здоровью Пациента. В противном случае, дефект объекта гарантии может быть подтвержден только экспертным медицинским заключением.

Все споры, разногласия или претензии, возникающие или касающиеся вопросов связанных с оказанием медицинской помощи решаются путем переговоров, на основании письменного заявления.

Лечащий врач извещает о данном случае главного врача ООО МЦ «Сибирское здоровье» (председателя Врачебной комиссии).

После осмотра Пациента лечащий врач, при необходимости, организует совместный осмотр Пациента членам ВК, которые принимают решение, считать ли данный случай гарантийным, или на

данную ситуацию гарантийные обязательства не распространяются.

При несогласии Пациента с выводами врачебной комиссии и при не достижении согласия между сторонами, спор может быть передан на рассмотрение независимого эксперта, имеющего право и лицензию на занятие данной деятельностью или экспертов территориальных организаций Стоматологической ассоциации (общероссийской).

Исполнитель не принимает в качестве безусловного доказательства претензии по качеству медицинских услуг, в основе которых лежат медицинские записи, выданные специалистами (врачами) иных медицинских организаций, которые не являются врачами –экспертами и полученные Пациентом не в рамках проведения медицинской экспертизы.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на ортодонтическое лечение**

**1. Этот раздел бланка заполняется пациентами старше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

проживающий по адресу (место регистрации): \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
иной документ, удостоверяющий личность

**2. Этот раздел бланка заполняется только представителями лиц, не достигших возраста 15 лет,  
или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка или лица,  
признанного недееспособным \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина полностью, год рождения (далее –представляемый)  
.....  
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья  
граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне,  
либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **ортодонтическое  
лечение** по поводу диагноза:

\_\_\_\_\_.  
(наименование и код по МКБ-10)

Ортодонтическое лечение будет проводиться с использованием ортодонтических аппаратов:

В доступной для меня форме медицинским работником 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 данного вида медицинского  
вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9  
статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации».

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения  
зубов, формы зубных дуг, смыкания зубов и иных улучшение функций зубочелюстной системы

Я информирован(а) о **последствиях отказа** от ортодонтического лечения: прогрессирование  
зубочелюстной аномалии, заболевания пародонта, преждевременная потеря зубов и костной ткани,  
нарушение деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, функции жевания,  
дыхания, речи и внешнего вида в целом.

Я информирован(а) о том, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не  
изолированный характер, а связаны с патологией опорно-двигательной системы пациента, значительными  
изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы,  
состоянием пародонта и организма в целом, что повышает риск неудачи проведённого лечения, рецидива  
(повтора) заболевания и требуют коррекции ранее составленного плана лечения, применения  
дополнительных методов обследования и лечения. Я информирован(а), что при лечении с использованием  
съёмной ортодонтической аппаратуры невозможно исправить некоторые виды зубочелюстных аномалий,  
достичь высокого эстетического результата.

Мне понятна информация о диагнозе и методах лечения. Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) со сроками лечения, необходимостью рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения. Я также проинформирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае могут иметь меньший клинический успех. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне вариантов и планов лечения.

Я информирован(а), что вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами дальнейшего развития заболевания. Отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения.

Я осознаю, что ортодонтическая аппаратура - инородное тело в полости рта. Я информирован, что привыкание (период адаптации) к ортодонтической аппаратуре происходит в среднем в течение 14-28 дней, но может занимать и гораздо большее время. В это время могут возникать болевые ощущения в зубах при пережевывании и откусывании пищи, нарушение речи, затруднения при глотании, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода привыкания неприятные ощущения проходят.

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение - процесс длительный, включает в себя этапы: фиксация аппаратуры в полости рта, активация аппаратуры, наблюдение врача в процессе лечения, снятие аппарата, ретенционный период.

Врач мне объяснил, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые будут со мной согласованы. Я понимаю и согласен(а), что не являются гарантийными случаями и должны оплачиваться дополнительно: повторная фиксация отклеившихся элементов (брекетов, замков, кнопок, накладок), замена сломанных дуг, починка съемного аппарата.

Я проинформирован(а), что при несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие очагов воспаления слизистой оболочки десны в зонах контакта ортодонтической аппаратуры, кариеса, изменение цвета эмали (пигментация). Я предупрежден(а), что лечащий врач оставляет за собой право принятия решения о досрочном снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта без возмещения стоимости аппарата и/или лечения. Мне известно, что кариес и его осложнения, заболевания тканей, окружающих зуб, выявленные во время ортодонтического лечения, могут потребовать лечения.

Я ознакомлен с возможными осложнениями на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача:

- травмирование слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтического аппарата;
- нарушение эмали зубов (появление белых пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) вследствие плохой гигиены полости рта;
- усиление опускания десны, «оголение» шеек зубов вследствие признаков этого процесса до начала лечения;
- подвижность зубов, нежелательные перемещения зубов, зубоальвеолярные деформации вследствие несвоевременной явки к врачу, нарушений рекомендаций врача;
- невозможность перемещения зуба вследствие особенностей его положения в кости или сращения зуба с окружающей костной тканью;
- рассасывание верхушек корней (резорбция), в том числе неконтролируемого использования ортодонтического аппарата, особенностей расположения зубов, увеличении сроков лечения, при перемещении ретенированных и дистопированных зубов, гормональных нарушений; - аллергические реакции на материал, из которого изготовлен ортодонтический аппарат; - поломка аппарата и риск попадания его отдельных частей в дыхательные пути или желудок.

Я информирован(а) о необходимости: соблюдения всех рекомендаций и назначений врача до и после вмешательства, в том числе по уходу за аппаратурой, явки пациента на приемы в строго установленное врачом время, немедленного обращения к врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство.

Я предупрежден(а), что ортодонтическое лечение может быть проведено как с полным устранением зубочелюстной аномалии, так и с улучшением состояния. Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций. Вследствие индивидуальных особенностей организма несмотря на проведенное качественное лечение существует риск неудачи.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения использовать ретенционные аппараты в течение времени, рекомендованного лечащим врачом. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив патологии в виде частичной или полной потери достигнутого результата, который не является гарантийным случаем. Этому способствуют прогрессирование заболеваний пародонта, отказ от профессиональной гигиены, лечения, протезирования зубов, удаления зубов мудрости. Я информирован(а) о необходимости профилактических осмотров в ретенционном периоде. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, несу ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки. Я согласен(а) и разрешаю опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства и ухода за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от ортодонтического лечения, уведомив об этом лечащего врача в письменной форме. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющего юридическую силу и являющегося частью моей медицинской карты. Я принимаю решение приступить к лечению.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть): \_\_\_\_\_

