

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____ 19__ г.р.

Уполномочиваю врача-стоматолога
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 проведение 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 2-х раз в год и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможностей 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.
Я так же имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.
Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

« ___ » _____ 20__ г.

« ___ » _____ 20__ г.