

Информированное согласие на проведение ортодонтического лечения

Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты.

Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций врача сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата, несмотря на все усилия врача и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения.

Я согласен(а) тщательно и скрупулезно выполнять рекомендации врача в процессе проводимого для меня лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата.

Я согласен(а) с тем, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения или неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

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

Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Впоследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на обеспеченное им качественное лечение. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение.

Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в пост лечебном периоде ложится на меня.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

На лечение согласен(а). С суммой и поэтапной формой оплаты согласен(а).

Я внимательно ознакомился с данным дополнительным соглашением и информированным согласием и понимаю, что они являются юридически-значимыми документами.

Пациент _____/

Врач _____/