**НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

соглашаюсь с тем, что моё лечение будет проводить врач-стоматолог ООО «Современная стоматология» Исаева Татьяна Михайловна.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути лечения:

Диагноз: частичная адентия, полная адентия, значительное разрушение коронки зуба.

Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортопедического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чём меня уведомит врач.

Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения, невыполнения рекомендаций врача, форс-мажорные обстоятельства (поломка оборудования и т.д.).

Возможные альтернативные варианты (указаны в общем плане лечения).

Возможные осложнения во время ортопедического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- травма десны

- травма губ

- обильное слюнотечение или сухость

- расцементировка с временного цемента

- аллергия

- перфорация корня

2.1. Возможные осложнения после ортопедического лечения:

- рецессия

- износ фиксирующего замка

- стирание пластмассовых зубов

- стирание зубов-антагонистов коронками

- привкус металла во рту

- нарушение дикции

- расцементировка с постоянного цемента

- раскручивание фиксирующего винта

- атрофия десны под протезом

- скол керамической облицовки

- перелом протеза

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы:

Технологии(методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Сроки лечения;

Стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении/понижении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы об условиях ортодонтического лечения и были получены

исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу

и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я согласен на фотографирование челюстей, ротовой полости, сегментов зубов.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(законного представителя)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_