Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы

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

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**  Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения |

согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как меня устраивает достигнутый результат ортодонтического лечения, как эстетический так и функциональный.

Я проинформирован(а) врачом-ортодонтом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о необходимости изготовления ретенционного аппарата:

съемного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

несъемного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

после снятия брекет-системы, чтобы избежать возврата к прежнему состоянию.

Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата. Я согласен(на) оплатить изготовление ретенционных аппаратов в соответствии с планом лечения.

Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения, через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, ежегодно (нужное подчеркнуть).

Я внимательно ознакомился(ась) с данным приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Претензий по качеству ортодонтического лечения не имею

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Я проинформирован(а) о том, что снятие брекет-системы, а также изготовление ретенционных аппаратов является следующим этапом лечения, который оплачивается дополнительно, по ценам прейскуранта, действующего на момент снятия брекетов. Я также понимаю необходимость регулярных осмотров по окончании лечения.

Я внимательно прочитал(а) данное приложение к медицинской карте стоматологического больного и понимаю, что послед нее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом. Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей, а также на смешанную обработку персональных данных по существующим технологиям.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)