

Центр Семейной Стоматологии ООО «Виола»  
ИНН: 2466181116 КПП: 246601001  
ОГРН: 1172468026620 ОКПО: 15412116  
Юридический адрес: 660043, Красноярский край,  
г. Красноярск, ул. Дмитрия Мартынова, дом № 43,  
помещение 195  
Телефон: 242-02-02  
Email viola21042017@mail.ru

Приложение №1  
к договору № [CLIENT.HISTNUM]  
на оказание платных медицинских услуг



## Информированное добровольное согласие на возмездное медицинское вмешательство ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (БРЕКЕТ-СИСТЕМА)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и я согласен (согласна) с названными мне условиями предстоящего ортодонтического лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. паспорт: [CLIENT.PASSP\_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR\_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения стоматологического лечения и соглашаюсь с тем, что мне стоматологический прием будет проводить врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача или др. непредвиденные обстоятельства) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом, как минимум за 12 часов до приема и получив мое устное Согласие.

Я, в доступной и понятной для меня форме, информирован (а) врачом о моем диагнозе \_\_\_\_\_, и обосновал необходимость в ортодонтическом лечении с использованием ортодонтической аппаратуры (брекет-систем), в соответствии с предварительным планом лечения.

Врач мне понятно объяснил, что ортодонтическое лечение проводится в целях лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, способствует нормализации положения отдельных зубов, формы и размера зубных рядов, коррекции прикуса и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса, нормализации жевания и улучшению эстетики лица.

Перед началом лечения ортодонт центра семейной стоматологии ООО «Виола» проведет ортодонтическое обследование, которое включает в себя диагностические оттиски (слепки), изготовление модели моих челюстей, рентген и фотоснимку. На основании диагностики врач ортодонт составит предварительный план лечения.

Мне понятно, что лечение ортодонтической патологии осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов. Мне также объяснили, что в некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции со слизистой и костной тканью. Все дополнительные манипуляции, которые могут потребоваться, будут согласовываться со мной. На них мне будут предоставлены отдельные информированные добровольные согласия, содержащие всю информацию об этих манипуляциях.

Мне понятно, что несъемные внутриротовые ортодонтические аппараты (брекет-системы), предполагают постоянное (на весь срок лечения) крепление к моим зубам. Применение брекет-систем заключается в прочном креплении ко всем зубам специальных замочков (брекетов) и соединение их друг с другом ортодонтической дугой путем активного лигирования (плотной фиксации с помощью лигатур и иных приспособлений) или пассивного самолигирования, когда специальными крышками брекеты самостоятельно удерживают дугу. Вся эта система оказывает давление на искривленные зубы и/или группу зубов и приводит к выравниванию зубных рядов. Брекеты-системы могут быть фабричного или лабораторного изготовления, вестибулярного (наружного) или лингвального (внутреннего) крепления к зубам. Изготавливаются брекеты из нержавеющей стали, титана, монокристалла, композита, керамики, специального стекловолокна, золота, искусственного сапфира.

Мне также понятны этапы ортодонтического лечения, включающие в себя:

Диагностический этап, который включает: осмотр, опрос, изготовление оттисков (слепков) челюстей, биометрический анализ моделей челюстей, рентгенографическое исследование, кондилография, МРТ, расчёт конструкции аппарата, составление плана лечения. Я предупрежден(а), что для успешного лечения некоторых зубочелюстных аномалий, в частности «скученности зубов», необходимо создание дополнительного пространства за счет удаления некоторых зубов – например, третьих моляров («зубов мудрости»).

Подготовительный этап, который включает: санация полости рта, снятие мягких и твердых зубных отложений, лечение больных зубов, временное протезирование (по показаниям), реминерализующая терапия. При необходимости, по согласованию со мной, могут быть проведены хирургические манипуляции, включая удаление зубов. На все манипуляции мне будет предоставлены отдельные информированные добровольные согласия, содержащие всю информацию.

Основной (лечебный) этап, который включает: изготовление, фиксация брекет-системы, регулярное наблюдение и коррекция. Мне в доступной форме было разъяснено и понятно, что длительность этого этапа варьируется от 6 месяцев до 5 лет. Чаще всего этот этап занимает от 1,5 до 3 лет.

Заключительный, ретенционный этап, включающий: стабилизацию результатов лечения. В качестве ретенционного аппарата возможно использование, собственно, ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление нового съемного или несъемного, одно- или двухчелюстного. Такие аппараты изготавливаются по типу описанных выше ортодонтических аппаратов.

Также возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Ретенционный этап может длиться как несколько лет, так и пожизненно – в зависимости от показаний. Ретенционный аппарат представляет из себя металлические дуги (проволоки), изготовленные индивидуально для пациента, которые фиксируются на челюсти. Как правило, ортодонт фиксирует ретенционный аппарат на внутреннюю поверхность зубов обеих челюстей. Ретенционный аппарат подлежит замене – ориентировочно 1 раз в 5–7 лет. Частота замены аппарата определяется по показаниям и дополнительно оплачивается пациентом.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Как и любое медицинское вмешательство, ортодонтическое лечение может сопровождаться определенными рисками и неудобствами, перечисленными ниже:

1. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием ортодонтических аппаратов или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;
2. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения.
3. Ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные имплантаты.
4. После окончания лечения зубы (в том числе с зафиксированными на них ортопедическими конструкциями) могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать рецидивы и дальнейшее перемещение зубов; ношение ретейнеров в отдельных случаях может быть пожизненным.
5. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи, болевые ощущения. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтическими аппаратами, и болевые ощущения должны исчезнуть в течение нескольких недель;
6. Ортодонтические аппараты могут временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;
7. Аттачменты и прочие конструкции могут быть установлены на один и более зубов во время лечения и могут в первое время травмировать ткани полости рта, о чем необходимо сообщить врачу для принятия мер по устранению;
8. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;
9. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются

дополнительно, спланировать заранее количество, вид и стоимость таких ортопедических конструкций невозможно до момента окончания ортодонтического лечения;

10. При лечении ортодонтическими аппаратами могут понадобиться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;

11. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;

12. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения;

13. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;

14. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;

15. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения;

16. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости;

17. В случае выраженной скученности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность осложнений лечения и поломки изделия;

18. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям;

19. При перемещении зубов с помощью ортодонтических конструкций может происходить рецессия десны, что в будущем, возможно, потребует ее хирургической коррекции путем пересадки соединительнотканного лоскута, костной и мягкотканой пластики и может привести к удалению зуба.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы относительно предстоящего медицинского вмешательства и получил на них исчерпывающие ответы.

Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков на результаты медицинских услуг, возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат не гарантирован и может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения и точно предсказать его невозможно.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов, которое необходимо для завершения комплексного плана лечения. Мероприятия по лечению и протезированию зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортодонтического лечения и после него. Отказ от дополнительных услуг, необходимых для успешной реализации ортодонтического лечения может послужить причиной невозможности завершения лечения.

Врач ортодонт понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений. Для того, чтобы врач мог постоянно контролировать положение ортодонтической аппаратуры и ход лечения я обязуюсь выполнять все рекомендации и предписания врача, особенно в части своевременных и регулярных визитов на назначенный прием (не реже 1 раза в 3–4 недели), соблюдать тщательную гигиену полости рта и особые правила питания. На время лечения мне следует отказаться от употребления: липких продуктов (ириски, тянучки, жевательная резинка, вафли, чипсы, халва и т. д.); твердых продуктов (орехи, конфеты с орехами, сушки, бублики, сухари и т. д.). Твердые овощи и фрукты, такие как морковь, яблоки, груши, откусывать не рекомендуется: их нужно резать на небольшие кусочки. Это касается также жесткого мяса и любых продуктов, требующих откусывания.

Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление зубов с последующим съемным и/или несъемным протезированием, включая имплантацию зубов; отсутствие лечения как такового. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при недостижении эффекта от ортодонтического лечения зубов.

Врач ортодонт объяснил мне, что, если я не желаю проводить ортодонтическое лечение, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья в случае такого отказа: дальнейшее усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирующее стираемость зубов, появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от лечения и/или его прерывании по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения не могут быть исключены. Мне понятно, что в период манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса, фиксации ортодонтической аппаратуры) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифровки. При наличии психомофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки ортодонтической аппаратуры. Возможными осложнениями лечения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача являются: нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости, контакта со стенками гайморовой пазухи или сращение корня зуба с окружающей тканью; усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; рассасывание верхушек корней, убыль тканей корня и околокорневых тканей (резорбция) – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения; поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.) частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата. Я предупрежден врачом о том, что осложнениями лечения могут быть: очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтических

аппаратов, должно исчезнуть в течение нескольких недель. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может понадобиться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться «черные треугольники», убыль десневого сосочка, требующие хирургической коррекции в будущем. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям.

Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Мне также понятно что противопоказаниями к лечению брекет-системой, являются патология иммунной системы (системная красная волчанка, тяжелые инфекции и т.п.); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

Ожидаемым результатом ортодонтического лечения является достижение правильного положения зубов и нормализация моего прикуса. 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 информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в течение ортодонтического лечения не реже 1 раза в 3–4 недели и по окончании лечения, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом, – не реже 3 раз в год. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже четырех раз в год. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения.

Мне разъяснили, и я понял(а), что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков на ортодонтическое лечение невозможно.

Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, психических расстройств, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, приводит к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом.

Я согласен (на) с тем, что, если я не буду следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям, врач оставляет за собой право снять ортодонтическую аппаратуру на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены) с целью недопущения ухудшения моего состояния здоровья. В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

В доступной форме 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы центра семейной стоматологии ООО «Виола», о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также вследствие нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что ООО «Виола» (ИНН 2466181116, КПП 246601001) гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я предупрежден (на) и даю согласие на фото и видео съемку в Центре семейной стоматологии ООО «Виола», для контроля качества оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы об условиях, способах и методах ортодонтического лечения, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

У меня было предостаточно времени, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым лечением, задать все интересующие меня вопросы и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии и видео моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования на имплантатах, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью моей медицинской амбулаторной карты (истории болезни), договора на оказание мне платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформирован(-а) врачом об особенностях предстоящего лечения и даю свое согласие приступить к ортодонтическому лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / [CLIENT.FULLNAME]

**Подпись врача:** \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]  
[BDate]