|  |  |
| --- | --- |
|  | **Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»**  **Медицинский центр «Авис»**  г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701,ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru);, сайт: <http://aviscenter.ru>  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Приложение № 8*

к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1.Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21

2.Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)

3.Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736

4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства"

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОН СОГЛАСИЕ**

**на проведение медицинского вмешательства - ортодонтическое лечение**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.**

**Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.**

1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.
3. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).
4. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.
5. Возможные альтернативные варианты.
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения
7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача, а именно: *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 или сращения корня зуба с окружающей тканью; *усиление опускания десны* – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; *рассасывание верхушек корней* – 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;
8. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
9. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
10. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
11. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
12. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.

13. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы , разъяснения.

14. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)