

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА СНЯТИЕ НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью, год рождения)

по собственному желанию настаиваю на снятии несъемного ретенционного аппарата
с верхней/нижней/верхней и нижней челюсти(ей).

(ненужное зачеркнуть)

(подпись пациента/законного представителя)

Я понимаю, что ретенционные аппараты (ретенеры) необходимы для удержания полученного результата после ортодонтического лечения, предотвращения рецидива, смещения зубов.

Я понимаю, что вид и срок использования ретенеров определяется врачом-ортодонтом, который проводил ортодонтическое лечение.

Я понимаю, что ответственность за последствия снятия несъемных ретенционных аппаратов (ретенеров) (рецидив зубочелюстной аномалии, подвижность зубов, усугубление рецессий десневого края, изменение положения зубов, развитие и/или усугубление заболеваний ВНЧС) несу сам (сама) / законный представитель.

Мною заданы врачу все интересующие меня вопросы, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение о снятии несъемного(ых) ретенционного(ых) аппарата(ов).

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись пациента/законного представителя _____ / _____ /

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА СНЯТИЕ НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью, год рождения)

по собственному желанию настаиваю на снятии несъемного ретенционного аппарата
с верхней/нижней/верхней и нижней челюсти(ей).

(ненужное зачеркнуть)

(подпись пациента/законного представителя)

Я понимаю, что ретенционные аппараты (ретенеры) необходимы для удержания полученного результата после ортодонтического лечения, предотвращения рецидива, смещения зубов.

Я понимаю, что вид и срок использования ретенеров определяется врачом-ортодонтом, который проводил ортодонтическое лечение.

Я понимаю, что ответственность за последствия снятия несъемных ретенционных аппаратов (ретенеров) (рецидив зубочелюстной аномалии, подвижность зубов, усугубление рецессий десневого края, изменение положения зубов, развитие и/или усугубление заболеваний ВНЧС) несу сам (сама) / законный представитель.

Мною заданы врачу все интересующие меня вопросы, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение о снятии несъемного(ых) ретенционного(ых) аппарата(ов).

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись пациента/законного представителя _____ / _____ /

Дата _____