

**Приложение к договору возмездного оказания**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы**

Мне, (Ф.И.О. пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, предоставлена вся интересующая меня информация об окончании ортодонтического лечения.

Я даю свое согласие на снятие брекет-системы, так как меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат лечения.

Я проинформирован(а) о ретенционном периоде, в течение которого я обязуюсь носить ретенционный аппарат и соблюдать все назначения врача.

Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложится на меня.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

**Подпись врача** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О)**

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Ф.И.О.)**

**Дата**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.