

## **Информированное добровольное согласие на отказ от ортодонтического лечения**

Я, Макарова Елена Владимировна, даю информированный добровольный отказ от проведения ортодонтического лечения в соответствии с согласованным от \_\_\_\_\_ (дата) планом лечения.

Лечащим врачом, \_\_\_\_\_, мне даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствия и результатах проведенного лечения.

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены характер и цели продолжения лечения, все возможные альтернативные варианты, а также возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства: ухудшение состояния пародонта зубов, нестабильность полученного положения зубов, нарушение работы височно-нижнечелюстного сустава (в т.ч. боли, щелчки, хрусты при жевании и открывании рта), что в итоге может повлиять на мое здоровье (здоровье представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу, осложнениям, поздней или неправильной диагностике заболевания.

Я осведомлен(а) и полностью понимаю все возможные последствия и осложнения, связанные с досрочным завершением лечения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я соглашаюсь с тем, что в связи с незавершенным планом лечения имеется вероятность нестабильности полученного результата, поэтому на полученный результат лечения гарантии нет.

Мой отказ от медицинского вмешательства (лечения) является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения о нём.

Я прочитал, понял значение всех слов и медицинских терминов в данном документе и отказываюсь от лечения.

ФИО, подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(полностью/подпись )

Подпись лечащего врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(полностью/подпись )