**ОБРАЗЕЦ договора для дисциплинирования пациентов.**

**Мы рекомендуем подписывать подобный документ со всеми пациентами.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И ДОГОВОР ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ**

**ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ Star Smile**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я, (указать ФИО пациента), даю свое согласие на ортодонтическое лечение без брекетов методом Star Smile, при этом целью курса лечения по методике Star Smile является выравнивание моих зубов и коррекция патологии прикуса с помощью прозрачных съемных капп.

Доктор Ортодонт (указать ФИО врача), получивший сертификат по методике Star Smile, после предварительных диагностических исследований и клинической оценки моих патологических условий объяснил мне, что:

Я должен каждый месяц пунктуально посещать контрольные дни, назначенные мне врачом-ортодонтом для проверки эффективности курса лечения.

При каждом моем посещении врача-ортодонта он будет выдавать мне два следующих комплекта капп, и я буду продолжать курс лечения так, как мне назначили.

Я буду использовать каждый комплект капп в течение двух недель. Если у меня не получилось явиться вовремя на прием к доктору я буду продолжать носить последний набор капп до того момента пока не приду на прием.

После установки каппы во рту я могу в некоторой степени ощущать дискомфорт в зубах, положение которых необходимо изменить, я буду помнить, что такой дискомфорт является естественным следствием давления, оказываемого каппой на зубы.

**Я должен использовать свои каппы 22 часа в день и буду их снимать только для еды или их чистки.**

Я должен мыть свои каппы холодной водой, чтобы не деформировать их, предпочтительно используя нейтральные моющие средства.

Я должен хранить свои каппы в специальной упаковке, чтобы предотвратить их потерю или поломку.

Я должен извлекать свои каппы в области задних моляров, чтобы случайно не сломать их.

Я должен следить за своей гигиеной и за состоянием своих капп, чтобы предотвратить возникновение десенных воспалений, которые замедляют курс лечения.

В случае если у меня возникнут трудности с дикцией в первый день начала курса лечения по методу Star Smile, я должен буду выполнять упражнения по модуляции и читать вслух.

Я должен выполнять специальные упражнения для тренировки жевания без сильного надавливания с аппаратом во рту, особенно при лечении интрузии.

С учетом всего вышеизложенного, я освобождаю от любой ответственности лечащего специалиста по ортодонтии, а также вспомогательный и административный персонал от ответственности, претензий или жалоб на неудовлетворительные результаты, непосредственно во время курса лечения или после курса лечения из-за невозможности или трудности заранее гарантировать успех.

Стоматология (указать название), далее Исполнитель информирует о том, что в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, соответственно Исполнитель по независящим как от него, так и от Пациента причинам не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги.

Настоящий документ подписан (указать адрес, название стоматологии и дату).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА | ПОДПИСЬ ВРАЧА-ОРТОДОНТА  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ПОДПИСЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА ИЛИ ДИРЕКТОРА  Печать стоматологии |

PS.

Данный образец можно скачать с нашего сайта star-smile.ru (раздел «Докторам», «Информационные материалы»)