

## ГАРАНТИЙНЫЙ ЛИСТ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

На ортодонтическое лечение, проведенное в Proxima Clinic и стабильность его результатов предоставляется гарантия. Успех в ретенционном периоде (полноценное сохранение результатов лечения) зависит как от качества ортодонтического лечения, так и от соблюдения рекомендаций и условий гарантии.

Условия гарантии распространяются на пациентов, прошедших лечение в других клиниках у ортодонт, работающих в Proxima Clinic.

### Предмет гарантии

- Частичная отклейка ретейнера
- Стабильность результатов ортодонтического лечения

### Важно:

- Пролонгация каждые 6 мес. при выполнении всех условий
- Если условия не выполняются, пролонгация возможна после устранения проблемы и повторного визита на осмотр

### Условия гарантии

1. Своевременная явка на контрольные осмотры к ортодонт и к терапевту в Proxima Clinic в течение ретенционного периода каждые 6 месяцев для контроля стабильности ретейнера и положения зубов.
2. Поддержание удовлетворительной гигиены полости рта, отсутствие кариесов и других заболеваний полости рта.
3. Своевременное обращение в клинику в случае нарушения стабильности ретейнера.
4. Удаление зубов мудрости, в случае рекомендации лечащим врачом.
5. Прохождение компьютерной томографии для контроля состояния зубов, в случае рекомендации врача (не чаще 1 раза в год).

**В случае повреждения ретейнера и/или изменения положения зубов, раскрытия промежутков, пациент вправе в течение 7 (семи) дней с момента обнаружения проблемы обратиться в Proxima Clinic для устранения проблемы по гарантии.**

### Для ситуаций за рамками гарантий:

- 50% скидка на повторную фиксацию ретейнера
- Пакет услуг «Решение проблем в ретенционном периоде» с фиксированной стоимостью в 10 000 рублей.

Ситуации, выходящие за рамки гарантий связаны с превышением допустимого временного промежутка с момента отклейки ретейнера до обращения в клинику, либо с нарушением рекомендаций лечащего врача:

- Полная отклейка ретейнера
- Значительное изменение позиции зубов.

### Пакет услуг «Решение проблем в ретенционном периоде» включает

- мероприятия, необходимые для устранения проблем со стабильностью зубов, и возврат к полученному, после ортодонтического лечения, результату.

**Необходимые лечебные мероприятия и сопутствующие процедуры выбираются на усмотрение лечащего ортодонта и могут включать в себя:**

- Фотопротокол и внутриротовое сканирование зубов;
- Ортодонтическое лечение с помощью комплекта элайнеров;
- Ортодонтическое лечение с помощью частичной/ полной брекет-системы или её составных элементов.

### Информирование:

Клиника берёт на себя обязанность по информированию пациента о необходимости прохождения регулярного контрольного осмотра. В случае отсутствия информирования пациента, гарантия пролонгируется автоматически.

При изменении контактных данных, пациент обязан сообщить об этом клинике.

С условиями гарантийного листа ознакомлен: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

Дата снятия брекетов \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ год

№ п/п	Наименование услуги и дата проведения	Печать
1	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
2	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
3	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
4	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
5	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
6	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
7	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
8	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
9	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.
10	Дата контрольного осмотра _____ / _____ / _____ <i>Подпись врача</i> _____	М.П.