

**Информированное согласие на проведение медицинское вмешательство на ортодонтическое лечение
ООО «Дентал-Мед» стоматологической клиники, расположенной по адресу:
г.Канаш, пр. Ленина, 25**

Мне _____

врачом _____

предоставлена вся интересующая меня информация о предлагаемом ортодонтическом лечении .

Ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения зубов в зубных рядах, нарушение окклюзий (смыкания зубов) и связанного с этим внешнего вида в целом. В случае отказа от предложенного лечения мое стоматологическое здоровье может ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно и не только) осложнений ортодонтической патологии:

- кариес, клиновидные дефекты, патология стираемости зубов
- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей, появление промежутков между зубами (нарушение внешнего вида)
- неполное функционирование зубочелюстной системы из-за неправильного прикуса влечет за собой преждевременную потерю зубов и/или костной ткани
- нарушение в деятельности жевательных мышц, боли
- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и болевым синдромом
- нарушение функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом

Меня информировали о всех возможных альтернативных методах лечения.

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).

Я знаю, что ортодонтическая аппаратура — это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.

Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при жевании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен (а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов- не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача ортодонта в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Невыполнение рекомендаций врача сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата, несмотря на все усилия врача и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен(а) тщательно и скрупулезно выполнять рекомендации врача в процессе проводимого для меня лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата. Я согласен(а) с тем,

что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения или неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

Если в процессе ортодонтического лечения возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от врача решения, либо проведения дополнительных манипуляций в добавление к перечисленным здесь, я прошу и уполномочиваю врача сделать то, что он сочтет необходимым в такой ситуации.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективно, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) от том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. В последствии этого, а так же индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, не смотря на обеспеченное им качественное лечение. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта, и профилактическое наблюдение.

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

Нам указанных условиях и соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне ортодонтического лечения в ООО «Стома-Мед»

Подпись пациента _____

« » _____ 20 год