

## Информированное добровольное согласие пациента на ортодонтическое лечение

«    »                    202    г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем  
(законный представитель) \_\_\_\_\_

(ФИО несовершеннолетнего)

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача **ООО «Семейная стоматология»** осуществить мне (представляемому лицу) **ортодонтическое лечение** зубных рядов.

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае. Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Мне известно, что ортодонтическое лечение проводят при наличии выраженных зубочелюстных аномалий, обуславливающих функциональные нарушения и косметические дефекты. Врач пояснил мне, что необходимость начала коррекции аномалий возникает ещё с момента начала роста молочных зубов, это связано с тем, что наиболее раннее начало коррекции в детском возрасте обладает наиболее длительным эффектом, и за счёт быстрого роста костных структур и большей эластичности тканей может быть проведено в более короткие сроки.

Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем ортодонтическом лечении, о необходимости предварительного ортодонтического обследования (измерения диагностических моделей, слепков, рентгеновских снимков) для выработки плана оптимального плана лечения. Мне также был подробно разъяснен предварительный план лечения с использованием различных видов аппаратуры с указанием предполагаемых сроков лечения и цены. 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.

Таким образом, **я информирован(-а) о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.**

Лечащим врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время планируемых стоматологических услуг. Мною были выполнены рекомендации по подготовке к планируемым стоматологическим услугам.

**Я проинформирован(а) о том, что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта.** При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения (обеспечить представляемым лицом всех назначений), включая использования ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом.

Врач разъяснил мне, что лечение состоит из двух этапов: активного и ретенционного. При активном производится непосредственное устранение аномалии. При ретенционном осуществляется закрепление полученного результата с целью обеспечения стойкой ремиссии после снятия аппаратов.

Я понимаю, что привыкание к съёмной 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.

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

Мне известно, что в некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции со слизистой и костной тканью.

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

Я согласен(а), что после окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская манипуляция не может иметь 100% гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения вида, срока и стоимости лечения.

Я уведомлен о том, что во время и после лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, в частности такие как: кариес зубов и его осложнения, отклеивание брекетов, обострения заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, рецессия десны. Конструкции ортодонтических аппаратов могут быть случайно проглочены.

Я уведомлен, что отклеивание брекетов, коррекции съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от составных элементов аппаратов, являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Я осознаю, что преимущества предполагаемого ортодонтического лечения значительно превышают возможные осложнения.

**Как и любое медицинское вмешательство, ортодонтическое лечение может сопровождаться определенными рисками и неудобствами, перечисленными ниже:**

1. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием ортодонтических аппаратов или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;

2. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения.

3. Ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные имплантаты.

4. После окончания лечения зубы (в том числе с зафиксированными на них ортопедическими конструкциями) могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать рецидивы и дальнейшее перемещение зубов; ношение ретейнеров в отдельных случаях может быть пожизненным. Возможен полный или частичный рецидив (возвращение зубов в первоначальное положение), если пациент не пользуется ретенционными аппаратами после снятия брекетов;

5. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтическими аппаратами, должно исчезнуть в течение нескольких недель;

6. Ортодонтические аппараты могут временно увеличить слюноотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;

7. Аттачменты и прочие конструкции могут быть установлены на один и более зубов во время лечения;

8. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;

9. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются дополнительно;

10. При лечении ортодонтическими аппаратами могут потребоваться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;

11. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;

12. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения;

13. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;

14. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;

15. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения;

16. Резорбция корней зубов может возникать как во время лечения, так и без лечения. Чаще она происходит в тех случаях, когда должно проводиться значительное перемещение зубов и особенно там, где из-за нерегулярных посещений не может осуществляться постоянное и последовательное движение зубов;

17. В случае выраженной скудности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность осложнений лечения и поломки изделия;

18. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям. Чем серьезнее аномалия, тем больше вероятность возникновения изменений в суставе. Эти проблемы могут усиливаться в ходе лечения;

19. При перемещении зубов с помощью ортодонтических конструкций может происходить рецессия десны, что в будущем, возможно, потребует ее хирургической коррекции путем пересадки соединительнотканного лоскута, костной и мягкотканой пластики и может привести к удалению зуба;

20. Подвижность зубов. Перемещение зубов может происходить только вследствие перестройки кости и связанной с этим повышенной подвижностью зубов, которая исчезает при установке зубов.

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат не гарантирован и может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения и точно предсказать его невозможно.

**Меня уведомили, что клиника не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:**

1. Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
  1. Возникновения аллергических реакций и явлений гальванизма.
  2. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и условий Договора на оказание медицинских услуг.
    1. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
    2. Ремонта, порчи и исправления любых элементов ортодонтической конструкции самим пациентом.
    3. Истечения срока гарантии и срока службы на результаты оказанных услуг.
    4. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов, которое необходимо для завершения комплексного плана лечения. Мероприятия по лечению и протезированию зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортодонтического лечения и после него. Отказ от дополнительных услуг, необходимых для успешной реализации ортодонтического лечения может послужить причиной невозможности завершения лечения.

Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, а также для контроля и фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Разрешаю проведение всего необходимого комплекса ортодонтического лечения, включая проведение соответствующих диагностических мероприятий и процедур, всякий раз, когда это необходимо.

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

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в рекомендованные сроки. Я понимаю, что несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта, не соблюдение мягкой диеты, ношения межчелюстных эластиков, адекватной гигиены полости рта с использованием специальных щеток и флоссов и, наконец, последующего ношения ретейнера, - приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Я обязуюсь соблюдать рекомендации и назначения врача (обеспечить представляемым лицом соблюдение всех рекомендаций и назначений врача). Мне известно, что несоблюдение мною предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу) ортодонтического лечения.**

### Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях

№	дата	Вид исследования (прицельная внутри ротовая контактная радиовизиография)	Количество процедур	№ зуба	Эффективная доза исследования, DAP(мГр*см <sup>2</sup> )	Примечание

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

