

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного
медицинского вмешательства на ортодонтическое лечение в ОГАУЗ «Стоматологическая
поликлиника №1 г. Белгород».**

г. Белгород

Дата: ____ . ____ . ____ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. 19-23 ФЗ N 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

(законный представитель несовершеннолетнего)

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгород» для проведения ортодонтического лечения зубных рядов.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Перед началом лечения мне разъяснено о необходимости пройти процедуру предварительного ортодонтического обследования, которая включает в себя слепки, модели челюстей, рентген и фотоснимки. На основании диагностики лечащий врач составит план лечения.

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. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений.

Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов оказания ортодонтических услуг делает врач и согласовывает с Пациентом в предварительном плане лечения.

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 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 понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании лечения, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

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.

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.

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 и могут в первое время травмировать ткани полости рта, о чем необходимо сообщить врачу для принятия мер по устранению;

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, спланировать заранее количество, вид и стоимость таких ортопедических конструкций невозможно до момента окончания ортодонтического лечения;

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, кольца, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;

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

16. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости;

17. В случае выраженной скученности, 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;

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.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использование ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы относительно предстоящего медицинского вмешательства и получил на них исчерпывающие ответы.

Я поставлен(а) 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(а) 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.

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 разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием, третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу – участнику консилиума или врачебной комиссии, а также персоналу поликлиники.

Я понимаю свою ответственность за оплату услуг, оказанных мне в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г Белгород» в соответствии с прейскурантом. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги в соответствии с Договором и планом лечения.

