

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

« » _____ 202__ г.

Я, _____

(законный представитель несовершеннолетнего) _____

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-ортодонт _____, получил(а) полную информацию о: правилах предоставления платных услуг, о методах оказания медицинской помощи и возможных рисках медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, об альтернативных методах лечения; ознакомлен(а) с планом лечения; принял(а) решение осуществить стоматологическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата. Врач обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения при строгом соблюдении рекомендаций, чтобы избежать возможных осложнений.

Я был(а) предварительно проинформирован(а), 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 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 понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения. 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 аномалий и деформации отдельных зубов и зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах. Дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, рецессия десны, резорбция корней, сколы, клиновидные дефекты. Конструкции ортодонтических аппаратов могут быть случайно проглочены.

Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата и его металлических частей, приварка новых элементов, поломка элементов брекет-системы не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно, поскольку находятся под постоянной нагрузкой и при их утрате оплачиваются в полном объеме.

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 полтора-два 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 сообщено, что привыкание к несъемной аппаратуре происходит в течение 10-14 дней. в это время могут возникнуть болевые ощущения в области верхней и нижней челюстей при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губ и щек. Также дискомфорт или даже болевые ощущения могут возникать при активации несъемной аппаратуры (замена дуг, установка эластических пружинок и т.д.). После периода адаптации болевые ощущения проходят. Я понимаю, что в случае моего решения досрочно прекратить лечение на любом этапе, деньги за уже проведенное лечение мне возвращены не будут. Я уведомлен(а), что отклеивание брекетов является конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг, и не относится к существенным недостаткам оказанных услуг, при отклеивании брекетов спустя 3 месяца, фиксация оплачивается в соответствии с прейскурантом.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров в течение лечения и по окончании лечения при пользовании ретенционным аппаратом.

В некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. На все интересующие вопросы мной получены исчерпывающие ответы.

Я даю разрешение на проведение лечебных мероприятий. Я согласен (а) на фотофиксацию всех этапов ортодонтического лечения. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Пациент (законный представитель) _____

Врач _____

