

**Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_**  
**Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство**  
**Ортодонтическое лечение**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента/законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем пациента \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего пациента)

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство.

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 Вы/лицо, законным представителем которого Вы являетесь должны пройти обычную 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 возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае/ в клиническом случае лица, законным представителем которого я являюсь. 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 слюнотечение 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.
- 10. По окончании лечения может понадобиться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются дополнительно.**
11. При лечении ортодонтическими аппаратами могут понадобиться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции.
12. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату.
13. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения.
14. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может потребовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален.
15. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены.
16. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения.
17. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости.
18. В случае выраженной скученности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность осложнений лечения и поломки изделия.
19. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям.
20. 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 использования 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/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, будет необходимо.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием/стоматологическим состоянием лица, законным представителем которого я являюсь, третьим

лицам, оплачивающим лечение, или другому врачу – участнику консилиума или врачебной комиссии, а также персоналу клиники.

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.

Я уведомлен (а), 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.

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

Я понимаю, что цели лечения могут быть достигнуты только через совместное сотрудничество лечащего врача и пациента (или родителей при лечении несовершеннолетних). Во многих случаях, при недостаточном сотрудничестве, касающемся нарушения графика назначений, не соблюдения мягкой диеты, ношения межчелюстных эластиков, адекватной гигиены полости рта с использованием специальных щеток и флоссов и, наконец, последующего ношения ретейнера, цели лечения могут быть не достигнуты. Я понимаю также, что ответственен за установленные графиком встречи.

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.

Меня уведомили, что Исполнитель и его персонал 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.

Качество оказываемых ортодонтических услуг должно соответствовать договору на оказание платных медицинских услуг.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне ортодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

**Подпись пациента:** ✓ \_\_\_\_\_

**Расшифровка подписи:**

✓ \_\_\_\_\_

(или подпись его законного представителя)

На все вопросы пациента (законного представителя) врач ответил, ИДС получено.

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

*Примечание:* при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.