

Информированное добровольное согласие**на проведение ортодонтического лечения на брекет-технике в ООО «ОРТОСМАЙЛ»**

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 даны рекомендации по уходу за стоматологическими конструкциями и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,

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

обращаюсь в ООО «ОРТОСМАЙЛ» 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 Вы должны пройти обычную процедуру предварительного ортодонтического обследования, которая включает в себя оттиски, 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. 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 элементами ортодонтических конструкций, 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, хирургические операции на слизистой и костной ткани.

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

1. Употребление содержащих сахар пищи и напитков, а так же нарушение гигиены полости рта могут привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации зубов (появлению пятен на эмали зубов);
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 могут изменять положение. Необходимо использование ретейнеров для предотвращения перемещения зубов;
5. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтических аппаратов, должно исчезнуть в течение нескольких недель;
6. Ортодонтические аппараты могут временно увеличить слюноотделение;
7. Зубы могут подвергаться пришлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;
8. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями;
9. При лечении ортодонтическими аппаратами могут потребоваться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;
10. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться "черные треугольники", требующие хирургической коррекции в будущем;
11. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения;
12. 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 эндодонтическое и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;
13. Зубные коронки могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;
14. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция (растворение) корней зубов и кости;
15. В случае выраженной скученности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность поломки изделия;
16. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям.

Во время ортодонтического лечения необходимо тщательно следить за гигиеной полости рта и, в случае необходимости, посещать гигиениста для профессиональной чистки зубов. Все случаи нарушения гигиены полости рта фиксируются в медицинской карте пациента. При регулярном нарушении гигиены полости рта (от трех отметок) клиника оставляет за собой право отказать пациенту в продолжении ортодонтического лечения, так как дальнейшее лечение может привести к необратимым патологическим изменениям эмали зубов и заболеваниям десен.

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 возможность задавать все интересующие меня вопросы относительно предстоящего медицинского вмешательства и получил на них исчерпывающие ответы.

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.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов. 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, а также персоналу клиники.

Я понимаю свою ответственность за оплату услуг, оказанных мне в ООО «ОПТОСМАЙЛ» 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.

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

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 ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

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

Подпись врача: _____ Расшифровка подписи: _____

Дата: «___» _____ 201__ г.

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