

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ДО 15 ЛЕТ

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я (отец, мать, опекун-нужное подчеркнуть), _____, являясь законным представителем ребенка _____ (ФИО ребенка, возраст) по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта (исправление прикуса).

Соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач ортодонт _____

В исключительных случаях клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна вся информация о предстоящем ортодонтическом лечении:

2.1. Диагноз (показания к ортодонтическому лечению): _____

2.2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения:

- 2.2.1. _____;
- 2.2.2. _____;
- 2.2.3. _____;
- 2.2.4. _____;
- 2.2.5. _____;
- 2.2.6. _____;
- 2.2.7. _____;
- 2.2.8. _____;
- 2.2.9. _____;

2.3. План подготовки к ортодонтическому лечению (терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, пародонтологическое лечение - нужное подчеркнуть):

- 2.3.1. _____;
- 2.3.2. _____;
- 2.3.3. _____;
- 2.3.4. _____;

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: _____.

2.6. Примерная стоимость лечения составляет _____.

3. Я предварительно информирован (а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса, заболеваний тканей пародонта (гингивит, пародонтит и др.). Мне известно, что в течение всего периода лечения необходимо регулярное (не реже двух раз в шесть месяцев) посещение гигиениста стоматологического с целью проведения профессиональной гигиены полости рта.

3.1. Я согласен (а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения по медицинским показаниям (при плохой гигиене полости рта, в случае нарушения режима ортодонтического лечения). Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены.

3.2. Длительность ортодонтического лечения, в том числе и ретенционного периода, индивидуальна и зависит от возраста пациента, состояния тканей пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, тяжести и степени выраженности исходной патологии, плана лечения (с удалением или без удаления отдельных зубов), сроков активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача.

4. 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 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на слизистую оболочку полости рта.

Денежные средства за съемные и несъемные ортодонтические аппараты, к которым пациент не может привыкнуть, или которые отказывается носить, не будут возвращены вследствие отсутствия вины клиники в невозможности приспособиться к ношению конструкции.

- 4.1. Я информирован (а), что в случае отказа от продолжения проходить ортодонтическое лечение в клинике по причинам, не связанным с врачом ортодонтом и (или) клиникой (переезд в другой город, усталость от ортодонтического лечения, медицинские показания для прекращения лечения и т.д.), необходимо оплатить заранее оговоренную сумму за лечение.
- 4.2. При этом за достигнутый результат неполного лечения и его последствия клиника ответственности не несет.
5. Я знаю, что в ряде случаев лечение с применением съемной аппаратуры является не самостоятельным лечением, а первым этапом ортодонтического лечения направленного на:
- 5.1. устранение вредных привычек, приводящих к развитию патологии прикуса;
- 5.2. создание условий для физиологического роста и развития челюстей, прорезывания постоянных зубов.
6. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической аппаратуре происходит в течение 10-28 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы, щеки и (или) языка, подвижность зубов, нарушение дикции, повышенное слюноотделение, тошнота, изменение вкусовых ощущений при приеме пищи. Данные ощущения, как правило, носят временный характер.
7. Мне было сообщено, что возможно увеличение сроков лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, обусловленной индивидуальной реакцией организма на медицинское вмешательство, о чем меня уведомит врач.
8. Мне известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуется удаление отдельных зубов на верхней и (или) нижней челюсти, применение искусственных опор, фиксирующихся в кость (ортодонтических имплантатов), проведение избирательного шлифования зубов, о чем меня уведомит врач.
9. Мне известно, что с целью предупреждения поломки ортодонтического аппарата, достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения, также рекомендована диета, исключая продукты питания, повышающие риск возникновения кариеса, заболеваний десен и способствующие нарушению фиксации и целостности ортодонтической конструкции, в том числе употребление очень горячих, очень холодных и кислых продуктов, вязких конфет, жевательной резинки, вафель, чипсов, халвы, орехов, сушек и иных твердых (жестких) продуктов. При этом употребление в пищу твердых овощей и фруктов (морковь, яблоки), иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании, должно исключать их откусывание (перед употреблением продукты необходимо резать на кусочки, которые следует пережевывать боковыми зубами).
10. Я предупрежден (а) о возможных негативных последствиях **в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование деформации зубных рядов и челюстей, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики зубов и лица, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний тканей пародонта, быстрая потеря зубов, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатия.
11. Мне сообщено, что при тяжелой клинической картине невозможно достигнуть идеального результата лечения с точки зрения симметрии зубных рядов.
12. Я предупрежден (а) о возможных осложнениях **в процессе лечения**, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения, повышенная чувствительность зубов, отек десны и мягких тканей, появление или усиление подвижности зуба(ов), развитие анкилоза зуба(ов), увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти, обнажение корня зуба, резорбция (рассасывание) корней зуба(ов), изменение формы десны, невозможность перемещения зуба(ов), избыточное перемещение зуба(ов), рассасывание верхушек корней, обострение заболеваний периодонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции, нарушение функции речи, мышечно-суставная дисфункция, поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.), _____
- 12.1. Возможные **осложнения под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, прикусывание щеки, губы в связи со снижением чувствительности после анестезии.
- 12.2. Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 12.3. Возможные **осложнения применения ортодонтических имплантатов** (в случае их установки), а именно: боль, отек, воспаление десны, повреждение корня (ей) зуба (ов), травма щеки, губы, необходимость повторной установки имплантата (ов).
13. Я согласен(а), что после окончания активного периода лечения ребенок для закрепления результата лечения должен носить ретенционный аппарат. Я информирован(а) о том, что длительность ретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста пациента, состояния тканей пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в

процессе ортодонтического лечения, тяжести и степени выраженности исходной патологии, плана лечения (с удалением или без удаления отдельных зубов), сроков активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем наличие гарантийных обязательств клиники и установление гарантийных сроков по данному виду лечения невозможно. Я предупрежден (а), что отказ от регулярного ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся патологии прикуса (деформацию и разворот отдельных зубов и зубных рядов, появление тесного положения зубов, деформацию прикуса, нарушения окклюзии между зубами), снижение качества стоматологических услуг, удлинение сроков ортодонтического лечения. Я знаю, что контроль по **качеству фиксации** ретенционного аппарата в полости рта будет осуществлять врач-ортодонт.

14. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначение сроков гарантий по причине медицинской специфики ортодонтического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

15. Ремонт ортодонтической аппаратуры.

15.1. Я осведомлен (а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтической аппаратуры или его металлических частях, добавление новых элементов, самостоятельная активация аппарата, утеря аппарата, нарушение фиксации элемента несъемной аппаратуры (замок (брекет), кольцо, кнопки и пр.), спустя три месяца после установки, нарушение целостности проволочных дуг, а также изготовление нового ретенционного аппарата в случае его поломки или утери, не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются мною по договору отдельно.

15.2. Мне известно, что может потребоваться замена аппарата вследствие естественного роста и развития зубочелюстной системы ребенка, что оплачивается отдельно.

16. Мне названы и со мной согласованы:

16.1. методы лечения и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

16.2. сроки проведения лечения;

16.3. стоимость отдельных этапов (процедур) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач-ортодонт предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

17. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение моим ребенком плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, регулярное посещение врача-ортодонта в сроки, определенные врачом-ортодонтом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта, отказ от врачебного контроля, несоблюдение врачебных рекомендаций приводит к снижению качества ортодонтического лечения ребенка, удлинению сроков лечения.

18. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться обследование (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

18.1. рентгенологическое (получение панорамной томограммы, телерентгенограммы и ее расчета, томограммы височно-нижнечелюстных суставов, прицельного внутриротового снимка, конусно-лучевой компьютерной томограммы и др.);

18.2. консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____;

18.3. консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: _____;

18.4. фотографирование зубных рядов и лица (фотограмметрия);

18.5. изготовление и анализ диагностических моделей в артикуляторе;

18.6. проведение аксиографии и анализ ее результатов;

18.7. аллергологическое обследование.

Мною были заданы врачу интересующие меня вопросы о **сути и условиях** лечения, и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и **принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента,

не достигшего 15 лет: _____ / _____

(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О. полностью)

Подпись пациента: _____ / _____

(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача: _____ / _____

(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.

(дата подписи)