

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**  
**Ортодонтическое лечение**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт, \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

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

1. Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-ортодонт:

В исключительных случаях, например, болезнь врача, ООО «ЦКС «Аврора» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения и подготовка к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование зубочелюстной аномалии, заболевания пародонта, преждевременная потеря зубов и костной ткани, нарушение деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

2.7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача:

- изменение состояния эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов), повреждение эмали;
- возможное обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я понимаю необходимость проведения комплексного лечения у врача-пародонтолога и использовать рекомендованные зубные щётки, ёршики, ирригатор, а также лекарственные средства. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно обострение заболевания пародонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции (хронический периодонтит);
- избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
- усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;
- рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения;
- поломка ортодонтической аппаратуры (например, керамической брекет-системы) 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.);
- частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу, в том числе, при поломке аппарата;

2.8. Успех и ожидаемый положительный эффект ортодонтического лечения зависит от качества санации полости рта (зубов и слизистой оболочки) до начала лечения, а также от строгого соблюдения пациентом рекомендаций лечащего врача-ортодонта, а именно: своевременных и регулярных осмотров у врача-ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта. Невыполнение указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов ортодонтической услуги, обусловить невозможность абсолютного или длительного достижения ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения.

2.9. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я осведомлен, что перелом, трещина в пластмассовых или металлических частях ортодонтического аппарата, а также введение дополнительных элементов в аппарат не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно. Поврежденные или утерянные мною части ортодонтического аппарата заменяются на новые, при этом их стоимость и фиксация оплачиваются отдельно. Условия гарантии принимаю.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения. Мне сообщено и понятно, что названные сроки лечения являются ориентировочными. Конечные сроки лечения могут быть как больше – так и меньше и зависят от многих факторов, таких как точность и своевременность выполнения мной плана лечения и всех рекомендаций лечащего врача, выполнения графика посещений врача в процессе лечения, возникновения различных осложнений в процессе лечения, особенности роста и развития зубочелюстной системы у детей и подростков и пр.;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

6. Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_