

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
«ДЕТСКИЙ ЖЕМЧУГ»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) ПАЦИЕНТА  
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.

Я (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество)

являясь законным представителем ребёнка \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество ребёнка, возраст)

находящегося на лечении в ООО СЦ «Детский Жемчуг», по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта. получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

1. Я 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, фиксированной более 2-ух раз. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены.
2. Я предупрежден(а) о необходимости посещения врача-гигиениста или стоматолога- терапевта с частотой 1 раз в 3-6 месяцев с целью проведения проф.гигиены при ношении брекет-системы и осмотра полости рта на предмет плановой санации.
3. 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 – 2 месяца. При этом может наблюдаться нарушение речевой функции, неудобства при приеме пищи и т.п. 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.
4. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10 – 14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.
5. Мне известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуются: удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти, межпроксимальная редукция эмали (сепарация), минивинты для усиления опоры, дополнительные съемные или несъемные аппараты, межчелюстные тяги. О необходимости или вероятности удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.
6. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.
7. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.
8. Я согласен(а), что после окончания активного периода ортодонтического лечения ребёнок должен носить ретенционный аппарат в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Данный ретенционный период определяет врач \_\_\_\_\_. 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).
9. Я предупрежден(а), что в процессе лечения может возникнуть необходимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от изменений общего состояния здоровья (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменения гормонального фона, травмы, снижение иммунитета и т.п.).
10. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.
11. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения у ребёнка, а также может привести к изменению стоимости ортодонтического лечения.

12. Я проинформирован(а) подробно о схемах оплаты за ортодонтическое лечение. Я знаю, что при ношении съемной или несъемной аппаратуры отдельно оплачивается изготовление и фиксация аппарата, а также при каждом посещении необходимо оплачивать проведенную доктором коррекцию или плановый осмотр. Я предупрежден(а) о дополнительной оплате при лечении брекет-системой в случаях отклейки более 1-го брекета, в случаях поломок дуг, что свидетельствует, как правило, о несоблюдении правильного питания при ношении несъемной аппаратуры. Мне понятно, что при наблюдении в ретенционном периоде каждое посещение оплачивается отдельно и не входит в стоимость вышеописанного лечения.
13. Я понимаю, что оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна. Неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения может обсуждаться с врачом-ортодонтом. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов не носят изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Вследствие этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск рецидива заболевания и необходимость избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат. Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков данному виду работ невозможно.
14. Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных целях.
15. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
16. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Информированное добровольное <b>СОГЛАСИЕ</b> на предложенное мне ортодонтическое лечение.	Информированный <b>ОТКАЗ</b> от предложенного мне ортодонтического лечения.
Дата: «__» _____ 20__ г. Подпись представителя пациента: (Мать, отец, опекун - нужное подчеркнуть) _____( _____) Фамилия, имя, отчество (полностью)  Врач-ортодонт: _____ ( _____ )	Дата: «__» _____ 20__ г. Подпись представителя пациента: (Мать, отец, опекун - нужное подчеркнуть) _____( _____) Фамилия, имя, отчество (полностью)  Врач-ортодонт: _____ ( _____ )