

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

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

“ ___ ” _____ 20__ г.

г. Обнинск

- 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 № 54871.

Я _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

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, потребуется: 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 пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.
8. Я согласен(а), что после окончания активного периода ортодонтического лечения 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. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения у ребенка, а также может привести к изменению стоимости ортодонтического лечения.
11. 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.

12. 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.
13. Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных целях.
14. 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.
15. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

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