

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

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО СЪЁМНОГО 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 _____, 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 известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуется: удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти, о необходимости или вероятности удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения. **Ортодонтическое лечение может прерываться на период прорезывания отдельных зубов, а также для проведения профилактических и лечебных мероприятий.**
5. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) при лечении с применением ортодонтической аппаратуры, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В случае возможных осложнений я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.
6. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. Контроль осуществляется по качеству фиксации аппарата в полости рта.
7. 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.).
8. **При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Несоблюдение гигиены полости рта может способствовать развитию кариса и заболеваний пародонта.**
9. Меня также предупредили, что съемный ортодонтический аппарат должен быть припасован и сдан врачом в срок не более трех недель после его заказа и изготовления.
10. **При выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления ортодонтического аппарата, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового аппарата.**
11. **Лечение съемными пластиночными ортодонтическими аппаратами с винтами и пружинами, их активация способствует перестройке формы зубного ряда и конфигурации слизистой неба. Нарушение**

рекомендаций режима постоянного пользования и активации аппарата приводит к ухудшению фиксации, требует коррекции аппарата или его переделки.

12. 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.

13. Показания к лечению съемными ортодонтическими пластинками могут быть ограничены возрастом и характером зубочелюстной аномалии.

14. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта. Несвоевременное и редкое посещение врача приводит к снижению качества ортодонтического лечения у ребёнка, а также может привести к изменению стоимости ортодонтического лечения.

15. Я проинформирован(а) подробно о схемах оплаты за ортодонтическое лечение. Я знаю, что при ношении съемной аппаратуры отдельно оплачивается изготовление и фиксация аппарата, а также при каждом посещении необходимо оплачивать проведенную доктором коррекцию или плановый осмотр.

16. Я понимаю, что оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна. Неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения может обсуждаться с врачом-ортодонтом.

17. 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.

18. 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 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: _____(_____)

Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.