



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я _____
_____ года рождения, проживающий(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)

1. Перед началом ортодонтического лечения я _____
получил(а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении меня (представляемого). Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса. Мне понятно, что перед началом курса ортодонтического лечения необходимо провести санацию полости рта и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача.
2. Я был(а) предварительно проинформирован(а), что одним из основным факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной (представляемым) правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, пигментация эмали, пародонтит, гингивит). Я согласен(а), что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены.
3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует терпения и времени, в среднем длится 1,5-2 месяца. 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. При назначении врачом-ортодонтом дополнительных аппаратов (лицевая маска, лицевая дуга, квад-хеликс и т.д.) необходимо следовать всем рекомендациям врача. Привыкание к ним требует терпения и времени, в среднем, это может длиться от 1-ой до 3-х недель. При невыполнении правил и сроков пользования вспомогательной аппаратурой, возможно изменение плана лечения (смена аппаратов, удаление зубов и т.д.) Деньги за аппараты, к которым Пациент не смог привыкнуть по различным причинам, не возвращаются.
5. Мне известно, что во время привыкания к ортодонтической аппаратуре может возникать нарушение речеобразования.

6. Мне (представляемому) 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, натирании и слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.
7. Мне известно, что для нормализации прикуса может потребоваться удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости или возможной вероятности врач сообщает до начала ортодонтического лечения. (За исключением п.3)
8. Я согласен(а), что при возникновении заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) необходимо проводить дополнительное лечение у врача-пародонтолога. Данное лечение оплачивается отдельно от стоимости ортодонтического лечения.
9. Я предупрежден, что при ортодонтическом лечении возможно возникновение заболевания периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительном эндодонтическим лечением. Я согласен(а) проводить необходимое лечение для устранения воспалительных очагов инфекции.
10. Необходимо производить активацию съемных аппаратов и несъемной ортодонтической техники строго в сроки, указанные врачом. Если Пациент не производит активацию аппарата в назначенное время, врач имеет право завершить лечение на данном этапе без возмещения стоимости аппарата или лечения.
11. Я (за представляемого) 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).
12. Необходимо проводить гигиеническую чистку аппарата в соответствии с рекомендациями врача.
13. Я понимаю и согласен(а), что перелом, трещина, приваривание новых элементов в ортодонтических аппаратах не являются гарантийными случаями и должны быть оплачены отдельно.
14. Если в процессе активного лечения и в период использования съемными аппаратами Пациент не выполняет рекомендаций врача, срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.
15. При работе с Пациентом в период его активного роста в некоторых случаях требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. В этом случае Пациент оплачивает повторное изготовление аппарата.
16. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.
Я ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЛ(А) ВСЕ ПУНКТЫ И ПОНИМАЮ, ЧТО НЕВОЗМОЖНО ПРЕДУГАДАТЬ ВСЕ ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ, ЧТО ПРЕИМУЩЕСТВА ПРЕДЛАГАЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПРЕВЫШАЮТ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.

ДАТА « ____ » _____ 20__ г.

ПАЦИЕНТ _____

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ _____

ПОДПИСЬ ВРАЧА _____