

**Приложение №10 к медицинской карте № \_\_\_\_\_**

**Информированное добровольное согласие для пациента, планирующего проведение  
ортодонтического лечения зубов**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Санкт-Петербург

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального  
Закона РФ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской  
Федерации»**

Я, \_\_\_\_\_ г.

р. даю свое согласие на проведение мне ортодонтического лечения зубов.

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения и наклона зубов в зубных рядах, коррекцию окклюзии (смыкания зубов) для нормализации функций челюстно-лицевой системы.

Я информирован(а) о последствиях отказа от ортодонтического лечения: 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.

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а) о том, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, состоянием пародонта и организма в целом, что повышает риск неудачи проведенного лечения, рецидива (повтора) заболевания и требуют коррекции ранее составленного плана лечения, применения дополнительных методов обследования и лечения.

Я информирован(а), что вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии заболевания, что отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения. Я информирован(а), что при лечении на съёмной ортодонтической аппаратуре невозможно исправить некоторые виды зубочелюстных аномалий, достичь высокого эстетического результата.

Я информирован(а) о том, что эстетическая оценка результатов лечения, связанных с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения, при отсутствии функциональных нарушений, не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а) о том, что изменения зубных рядов влияют на лицевой скелет в целом.

Я информирован(а) о необходимости регулярных профилактических осмотров у лечащего врача-стоматолога-терапевта в период активного ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по его окончании в течение ретенционного периода. Я информирован(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта при ортодонтическом лечении не реже шести раз в год. Врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о назначении соответствующего лечения, в том числе и во избежание риска возникновения различных осложнений о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за

проведенной объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).

Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) с предложенным планом, последовательностью, сроками лечения, необходимостью рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения. Я также информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

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.

Я информирован(а) о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до двух недель, а при лингвальных брекетах – до нескольких месяцев), о возможных незначительных болевых ощущениях, о дискомфорте после активации аппарата. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены. Я информирован(а) о кратности повторных посещений врача-ортодонта не реже 1 раза в 3-4 недели. Я информирован(а) о необходимости:

- соблюдения всех рекомендаций и назначений врача до и после вмешательства, в том числе по уходу за аппаратурой;
- явки пациента на приемы в строго установленное врачом время;
- немедленного обращения к лечащему врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство.

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.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

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. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Я предупрежден(а) и информирован(а), о том что сроки ортодонтического лечения зависят от многих факторов, в том числе поставленной цели, сложности клинической ситуации, биологических процессов внутри кости и в организме в целом. В соответствии с этим сроки лечения могут быть от 1,5-2 лет и более, а также предупрежден(а) и информирован(а), что снятие ортодонтической аппаратуры раньше времени может привести к рецидиву (возврат к исходному состоянию или ухудшению состояния расположения зубов и зубных дуг).

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.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю

согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остается возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения диагностического исследования, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современной медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною прочитано и все его пункты мне понятны и мной подписано в присутствии лечащего врача.

| Дата | Подпись пациента/расшифровка | Подпись врача/расшифровка |
|------|------------------------------|---------------------------|
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |
|      |                              |                           |