

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Ортодонтическое лечение зубов в ретенционном периоде»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____,
дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью по закреплению полученного результата ортодонтического лечения путем использования ретенционного аппарата, в соответствии с планом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что после окончания активного периода и снятия ортодонтической аппаратуры для удержания полученных результатов использовать специальный съёмный и/или несъёмный аппарат (ретенер), ношение которого с целью закрепления результатов лечения может продолжаться от 2 лет до пожизненного. Мне понятно, что подбор ретенционных аппаратов и установка режима их ношения осуществляется врачом-ортодонтом, а оплата производится соответственно преискуранту клиники.

Я понимаю, что если достигнутые результаты не закрепить путем ретенции, то наступает рецидив. Рецидив – это возникновение нарушений после окончания периода активного или комплексного лечения зубочелюстных аномалий. Различают частичный или полный возврат зубов в первоначальное положение через определенный промежуток времени.

Во время ретенционного периода я обязуюсь строго выполнять все рекомендации врача-ортодонта, соблюдать гигиену и режим в соответствии с Памяткой, придерживаться особых правил питания, исключающих возможность механического и термического повреждения аппаратуры, а также:

- необходимость регулярно, не реже 1 раза в 3 месяца (если врачом не определены другие сроки), посещать врача-гигиениста стоматологического для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта,
- необходимость не реже 1 раза в 6 месяцев, посещать врача-стоматолога-терапевта для прохождения регулярных осмотров, в целях возможности оперативного реагирования на решение стоматологической проблемы, в случае её возникновения.

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработке зубов, снятие оттисков, ношение ретенционных аппаратов возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я соглашаюсь с тем, что при недостаточной гигиене полости рта (как следствие не соблюдения мною правил личной гигиены полости рта и несоблюдение рекомендаций врача-ортодонта), могут возникать осложнения: кариес, гипертрофические изменения десневого края, обострения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Я соглашаюсь с тем, что в ретенционном периоде возможно обострение имеющихся заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), поэтому я обязуюсь проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Мне понятно, что во время эксплуатации ретенционных аппаратов, а особенно при увеличении нагрузки, несоблюдении рекомендаций по уходу за зубами и ограничений в приеме пищи, указанных в Памятке, могут возникать поломки ортодонтического аппарата (ретенера): перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, необходимость в приварке новых элементов, поэтому я соглашаюсь с тем, что все вышеуказанные случаи не относятся к гарантийным случаям и ремонт ортодонтических аппаратов (ретенеров) производится на платной основе.

Мне понятно, что в случае поломки ретенера, необходимо не позднее трех дней обратиться в клинику для починки ретенера. Я соглашаюсь с тем, что при обращении в более поздний срок с момента поломки, препятствующей ношению ретенера, возможно изменение положения отдельных зубов, при этом ретенер после починки не сможет соответствовать изменившемуся положению зубов, что будет препятствовать его использованию, при этом коррекция изменившегося положения зубов будет производиться на платной основе.

Я соглашаюсь с тем, что в связи с дальнейшим развитием зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков и сроков службы на стабильное положение и состояние здоровья зубов невозможно (гарантийный срок и срок службы, устанавливаются равными одному дню после снятия ортодонтической аппаратуры и установки ретенционных (удерживающих) конструкций), а для поддержания полученного результата после снятия ортодонтической аппаратуры используются ретенционные аппараты.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при лечении материалам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования ретенционной ортодонтической аппаратурой и ее снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по ортодонтическому лечению и ретенционному периоду выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я внимательно ознакомился(ась) с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Понимая сложность предстоящего периода лечения, на основе предоставленной мне врачом информации о моем здоровье и необходимости предстоящего лечения, я соглашаюсь на избранный метод лечения, добровольно беру на себя риск возникновения вышеупомянутых осложнений и неблагоприятных последствий лечения и, поэтому, обязуюсь не предъявлять материальных претензий к Исполнителю при их возникновении.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Понимая, что результат ортодонтического лечения и возникновение осложнений главным образом зависит от выполнения всех рекомендаций врача и соблюдения гигиенических мероприятий, я возлагаю на себя обязательства по соблюдению всех вышеизложенных особенностей лечения, питания и ухода за зубами и ретенционной ортодонтической аппаратурой.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)