



Добровольное информированное согласие на проведение ортодонтического лечения в ООО «НИКОР-2»

Я, _____, дата рождения _____,

зарегистрирован(а) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я, _____ (ФИО), паспорт _____,

Выдан: _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное информированное согласие** на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство (указать цель): **на проведение ортодонтического лечения** _____ (указать вид)
по поводу диагноза: _____

(наименование и код по МКБ-10)

Настоящее согласие дано ООО «Никор-2», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-012001, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы от 31 марта 2016 г., (далее - Клиника), на проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача: _____.

Я получил(а) подробные объяснения в понятной и доступной форме по поводу моего заболевания/заболевания моего подопечного и рекомендованного плана лечения, целей, методов оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемый результат медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

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 понимаю, что перед началом лечения мне необходимо пройти предварительное ортодонтическое обследование, которое включает в себя слепки зубов, изготовление моделей челюстей, рентген-диагностику, фотоснимки до начала лечения.

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, 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 съемной 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-

Подпись пациента/законного представителя _____

стоматолога-терапевта/врача-стоматолога детского 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. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использование ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток.

Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) с предложенным планом, последовательностью, сроками лечения. Я также информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на его проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

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. 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.

Во время и после ортодонтического лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, в частности такие как: кариес зубов, и его осложнения, отклеивание брекетов, обострение заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, рецессия десны. Конструкции ортодонтических аппаратов могут быть случайно проглочены.

Я предупрежден(а) обо всех возможных осложнениях предложенного лечения и последствиях, которые могут возникнуть как во время, так и по окончании ортодонтического лечения:

1. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием ортодонтических аппаратов или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;
2. Общее состояние, возраст, пол, и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения
3. Ортодонтические конструкции не могут перемещать ортодонтические импланты
4. После окончания лечения зубы (в том числе с зафиксированными на них ортопедическими конструкциями) могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать рецидивы и дальнейшее перемещение зубов; ношение ретейнеров в отдельных случаях может быть пожизненным.
5. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтических аппаратов, должно исчезнуть в течение нескольких недель;
6. Ортодонтические аппараты могут временно увеличить слюноотделение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект.
7. Аттачменты и прочие конструкции могут быть установлены на один и более зубов во время лечения.
8. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов.
9. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионного соотношения, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные манипуляции оплачиваются отдельно.
10. При лечении ортодонтическими аппаратами могут потребоваться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции.
11. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться

«черные треугольники», требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату.

12. Состояние зубов, десен и кости челюстей может изменяться в процессе лечения.

13. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален.

14. Зубные коронки могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, их замены.

15. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения.

16. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости.

17. В случае выраженной скученности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность осложнений лечения и поломки изделия.

18. В редких случаях могут возникать проблемы с ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям.

19. При перемещении зубов с помощью ортодонтических конструкций может происходить рецессия десны, что в будущем, возможно, потребует ее хирургической коррекции путем пересадки соединительнотканного лоскута, костной и мягкотканной пластики и может привести к удалению зуба.

Я уведомлен(а), что отклеивание брекетов, коррекции съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от составных элементов аппаратов, являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Я информирован(а) о том, что клиника и ее персонал не несут ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

возникновения аллергических реакция и явлений гальванизма; осложнений возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций или условий Договора на оказание платных медицинских услуг; переделок и исправления работ в другом лечебном учреждении; ремонта, порчи, и исправления любых элементов ортодонтической конструкции самим пациентом; истечения срока гарантии и срока службы на результаты оказанных услуг; неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

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 понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов, инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, травм, операций, принимаемых лекарственных препаратов, наркотических и токсических средств, алкоголя, 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/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. 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.

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, а также в случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Отказ от дополнительных процедур, необходимых для успешного ортодонтического лечения может послужить причиной невозможности завершения лечения. В некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции со слизистой и костной тканью. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/лица, чьи интересы я представляю не будет упомянуто.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты эндодонтического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____. Телефон _____.
(ФИО гражданина)
_____. Подпись _____.
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство для проведения мне ортодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. 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, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, 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 остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Дата	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача/расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)

Подпись пациента/законного представителя _____