

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(по плану лечения – ортодонтическое (исправление прикуса))

Я, _____
(ФИО пациента, дата рождения)

проживающий (ая) по адресу: _____
(адрес в формате: город, улица, дом, квартира)

даю информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение, которое в зависимости от клинической картины может включать в себя обязательную установку ортодонтической аппаратуры в ООО "СТОМ", адрес: г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, д.144, стр.1, помещение 4/4 следующих зубов: _____
(перечислить только те зубы, которые будут пролечены в дату ИДС по плану лечения)

Мне медицинским работником:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, а именно: ортодонтическое лечение – это метод лечения патологии прикуса. В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.), допустимо увеличение сроков лечения, в определенных случаях, в том числе и в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: усугубление зубочелюстной аномалии, патология пародонта, рецессия десневого края в области передних и боковых зубов, развитие заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, появление головных болей и болей в области шеи и т.д.

Возможны осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача:

- нарушение целостности эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;
- избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
- усиление опускания десны – вследствие развития начальных признаков этого процесса, имевшихся еще до начала лечения;
- рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- нарушение речевой функции – временно на период ортодонтического лечения;
- поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и т.д.);
- частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закреплению периферии лечения, невыполнения рекомендаций врачей (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;
- возможность проявления аллергической реакции на материалы, используемые в ортодонтических конструкциях: онемение языка, жжение в полости рта, болезненность, дискомфорт.

Для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- консультация стоматолога(ов) другого профиля;
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы.

Необходимо регулярно в процессе лечения посещать врача-ортодонта в сроки, назначенные врачом. Нерегулярное посещение врача приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

После окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего срока, необходимого для закрепления результатов лечения. В противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Контроль за ношением ретенционного аппарата осуществляется врачом-ортодонтом.

Перелом, трещина в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата, отрыв брекетов или замков, поломка дуг не относятся к гарантийным случаям.

Во время привыкания к ортодонтической аппаратуре могут возникать болевые ощущения в области обеих челюстей, которые могут усиливаться при приеме пищи возможно натирание слизистой оболочки полости рта частями аппарата. После периода адаптации все болевые и неприятные ощущения проходят.

Перед началом ортодонтического лечения необходимо пройти полную санацию полости рта. Одним из основных факторов успешного лечения является хорошая гигиена полости рта. В случае несоблюдения правил ухода за полостью рта или за аппаратом, врач оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры и прекращения ортодонтического лечения на любом этапе лечения.

Указанная выше информация доведена до меня в доступной форме. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, дать дополнительные разъяснения в случае, если какая-то часть или информация в целом мне показалась недостаточно понятной и мной эта возможность была реализована.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Однако, в указанном случае я отказываюсь я от предъявления каких-либо претензий к Клинике в связи с незавершенным лечением.

ведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)