

Утверждено в соответствии с требованиями
Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
Приказа Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н (ред. от 10.08.2015) "Об
утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на
медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в
отношении определённых видов медицинских вмешательств, форм
информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и
форм отказа от медицинского вмешательства" (Зарегистрировано в Минюсте
России 28.06.2013 N 28924)
Приказа Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н "Об утверждении
Перечня определённых видов медицинских вмешательств, на которые
граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.05.2012 N 24082)
Является неотъемлемым Приложением
к Договору возмездного оказания стоматологических услуг

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ.

Я _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

являясь законным представителем ребёнка _____,
(Фамилия, Имя, Отчество ребёнка, возраст)

по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта.

получил(а) от лечащего врача всю интересующую информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

1. Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).
2. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это 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.
3. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуются удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.
4. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в назначенные врачом сроки. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.
5. Я предупрежден(а), что в период ортодонтического лечения с применением съемной ортодонтической аппаратуры необходимо определенным образом осуществлять уход за полостью рта и ортодонтическим аппаратом, хранить аппарат в жестком пластиковом контейнере, бережно к нему относиться; соблюдать режим и диету.
6. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врачей других специальностей. Обязуюсь проводить плановую профессиональную гигиену полости рта 1 раз в 4 месяца, если не рекомендованы другие сроки.

7. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.
8. Я согласен(а), что после окончания активного периода должен/а 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, изменениям прикуса).
9. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. 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.
10. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
11. Я проинформирован(а) о том, что диагностические модели на руки не выдаются.

Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента/ представителя пациента:

_____ (Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть)

_____ (Фамилия, имя, отчество (полностью))

Дата _____

Подпись врача: _____

_____ (Фамилия, имя, отчество (полностью))

Дата _____