

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 согласие На проведение ортодонтического лечения с применением брекет-системы

Я, _____,

действующий(ая) в интересах _____
(несовершеннолетнего)

получил от лечащего врача всю информацию относительно предстоящего лечения. Врач разъяснил мне преимущества и сложности предлагаемого лечения.

1. Я даю согласие на проведение подготовительного этапа ортодонтического лечения: консультацию, фотографию, видеосъемку и проведение рентгенологического обследования, которые будут выполнены до начала лечения с целью выявления патологии и планирования ортодонтического лечения; в процессе ортодонтического лечения для определения качества лечения, прогнозирования результатов ортодонтического лечения и обеспечения медицинской информацией обо мне.

2. Я даю согласие на проведение медицинских вмешательств, которые врач сочтет необходимым провести для улучшения моего состояния в процессе лечения.

3. Я согласен(а) с предложенным мне методом лечения патологии прикуса.

4. Я информирован об альтернативных системах ортодонтического лечения, подходящих в данной клинической ситуации. Альтернативами лечению с применением брекет-системы является применение невидимых капп; решение не преступать к ортодонтическому лечению, иными словами, не корректировать зубной ряд; применение съемной ортодонтической аппаратуры; сочетание ортодонтического, хирургического, ортодонтического методов лечения. Выбор зависит, в том числе, от клинической ситуации, пожеланий пациента, и от оценки врача стоматолога-ортодонта о возможности проведения лечения тем или иным методом.

5. Я информирован(а) что стоимость ортодонтического лечения включает диагностику, установку ортодонтического аппарата, установку дополнительных ортодонтических конструкций, плановые посещения-активации ортодонтических аппаратов, снятие ортодонтической конструкции, изготовление и установку ретенционных аппаратов. План и стоимость ортодонтического лечения могут быть изменены в процессе лечения, в том числе, и в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Оплата стоматологических услуг проводится в соответствии с этапом ортодонтического лечения. При повреждении ортодонтической конструкции починка и замена элементов конструкции оплачивается отдельно в соответствии с прейскурантом на стоматологические услуги.

6. Перед началом ортодонтического лечения необходимо получить консультацию врача стоматолога-терапевта и других специалистов по медицинским показаниям; провести санацию полости рта, устранить очаги хронической инфекции зубов и слизистой полости рта в случае необходимости.

7. Для нормализации прикуса в отдельных случаях может потребоваться удаление зубов; установка минивинтов (микроимплантатов) или других ортодонтических конструкций.

Оплата дополнительных методов лечения

8. Относительным противопоказанием к ортодонтическому лечению является беременность. Во время беременности противопоказано проводить рентгенологическое обследование. В период беременности и лактационного периода происходят гормональные изменения, изменение обменных процессов, что приводит к особенностям течения ортодонтического лечения. Предупредите врача стоматолога-ортодонта о планировании беременности или наступлении беременности/ лактации в период ортодонтического лечения для возможности своевременной корректировки плана лечения- увеличение плановых посещений,

периодичность замены дуг, назначении, рекомендаций специальной диеты и других рекомендаций, изменения плана лечения, что может привести к удлинению сроков и увеличению стоимости ортодонтического лечения.

9. Пациенты, активно занимающиеся спортом, должны пользоваться специальными каппами для защиты зубов, брекет-системы и мягких тканей челюстей от травм.

10. Привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения при откусывании и пережевывании пищи, натирание слизистой оболочки губ и щек. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят. При использовании лингвальной брекет-системы возможно нарушение дикции, проходящее в течение двух-трех недель. После активации аппаратов или после смены дуг возможен дискомфорт, болезненность, неприятные ощущения в зубах от давления при жевании, травмирование слизистой губ и щек в первые 3-7 дней, затрудненное жевание. Для облегчения адаптации к несъемной ортодонтической аппаратуре можно воспользоваться специальным защитным воском.

11. Я информирован(а), что денежные средства за ортодонтические аппараты, к которым пациент не смог привыкнуть и за оказанные стоматологические услуги в процессе проведенного ортодонтического лечения пациенту не возвращаются.

12. Я информирован(а), что должен(на) придерживаться рекомендованного врачом рациона питания и особых правил питания, исключающих возможность механического повреждения ортодонтических конструкций, а также исключить любые действия, которые могут привести к травме зубов и челюстей. Я информирован(а), что перелом, трещина в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата, отрыв брекетов, поломка дуг не относится к гарантийным случаям. Починка и замена элементов ортодонтической конструкции оплачивается отдельно за счет средств пациента.

13. Ортодонтическое лечение характеризуется длительностью (до нескольких лет) и сложностью, обусловленной серьезностью вмешательства в зубочелюстно-лицевую систему и организм в целом. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Время ношения дополнительной аппаратуры и направление резиновых межчелюстных тяг определяет врач стоматолог-ортодонт.

14. Доктор информировал меня о необходимости строгого соблюдения этапов ортопедического лечения и рекомендаций.

15. Во время ортодонтического лечения могут возникать разрушения зубов и искусственных реставраций (трещины, сколы, переломы, другие дефекты), что связано с постоянным изменением точек контактов между зубами, перегрузкой отдельных зубов.

16. Может возникать резорбция (рассасывание) корней при значительных перемещениях зубов, из-за нерегулярных посещений врача ортодонта, ортодонтическом лечении на фоне гормональных изменений организма / приема гормональных препаратов. Если Вам назначена гормональная терапия, предупредите об этом врача стоматолога-ортодонта.

17. Я проинформирован(а) о том, что одним из основных факторов успешного лечения является хорошая гигиена полости рта. При неудовлетворительном уходе за полостью рта увеличивается риск возникновения кариеса зубов и заболеваний пародонта. Несъемная аппаратура препятствует самоочищению полости рта, поэтому необходимо чистить зубы после каждого приема пищи, до полного очищения зубов и ортодонтической аппаратуры от пищевых остатков. Необходимо применять специальные средства индивидуальной гигиены полости рта.

18. Я согласен(на) выполнять все правила по гигиеническому уходу за полостью рта и ортодонтическим аппаратом.

19. В случае выявления систематических (3-х и более) неудовлетворительных результатах гигиены полости рта, отмеченных врачом-ортодонтом или гигиенистом, несоблюдения рекомендаций врача врач стоматолог-ортодонт вправе принять решение о прекращении ортодонтического лечения с целью избегания возникновения множественного кариеса зубов и его осложнений, пародонтита. Денежные средства за проведенный объем ортодонтического лечения пациенту/ законному представителю пациента не возвращаются.

20. В процессе ортодонтического лечения возможно возникновение или обострение хронических заболеваний пародонта. Может потребоваться проведение комплексного лечения у врача-пародонтолога и снятие ортодонтической аппаратуры на время пародонтологического лечения, что приведет к увеличению стоимости и удлинению сроков ортодонтического лечения.

21. Возможны обострения хронического периодонтита зубов, что обусловлено наличием хронического (бессимптомно протекающего) воспалительного процесса в области верхушек корней, активирующегося во время ортодонтического перемещения зубов, что может повлечь изменение плана и стоимости ортодонтического лечения.

22. При лечении на ортодонтической аппаратуре возникает подвижность зубов, может быть, так называемое «щелканье зубов» т.к. перемещение зубов происходит вследствие перестройки костной ткани и пародонта. Подвижность и посторонние эффекты исчезают после завершения лечения.

23. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача стоматолога-ортодонта в сроки, назначенные врачом. Пропуски назначенных приемов к врачу стоматологу-ортодонту приводят к снижению качества ортодонтического лечения, удлинению его сроков, увеличению стоимости ортодонтического лечения.

24. Во время ортодонтического лечения происходит изменение прикуса, что приводит к дисфункции (изменению функции) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), что может сопровождаться хрустом, щелканьем, болью в области ВНЧС, головной болью. При лечении дисфункции ВНЧС у соответствующих специалистов, возможно, потребуется временное или полное прекращение ортодонтического лечения.

25. Пациентам, зубы которых имеют признаки стираемости твердых тканей зубов, вследствие неправильного прикуса, другие дефекты твердых тканей зуба после окончания ортодонтического лечения для восстановления функции и эстетики потребуются восстановление и/или протезирование зубов вкладками, винирами или искусственными коронками. Так же может потребоваться замена существующих до ортодонтического лечения ортопедических конструкций.

26. При отсутствии зубов установка имплантатов может быть установлена после окончания ортодонтического лечения или в процессе ортодонтического лечения по согласованию с лечащим врачом стоматологом-ортодонтом.

27. Я понимаю, что после окончания активного периода лечения. Необходимо обязательно носить ретенционный(е) аппарат(ы) в течение рекомендуемого срока, что является необходимым условием, для закрепления результата лечения. Срок ношения ретенционных аппаратов устанавливает лечащий стоматолог-ортодонт. Отказ пациента от использования удерживающих аппаратов после снятия брекет-системы может привести к рецидиву патологии в той или иной степени. В случае возникновения необходимости повторного ортодонтического лечения, лечение будет проведено за счет средств пациента/ законного представителя пациента.

28. В ретенционном периоде необходимо соблюдать рекомендации лечащего доктора, регулярно и систематически обращаться на контрольный осмотр к врачу стоматологу-ортодонту 1 раза в 6 месяцев, следить и ухаживать за ретенционными аппаратами, при обнаружении нарушении целостности ретенционных аппаратов немедленно обратиться в клинику. Починка, изготовление новых ретенционных аппаратов проводится за счет денежных средств пациента/ его законного представителя.

29. Я проинформирован(а) о том, что диагностические модели на руки пациенту не выдаются.

Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

- данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

- я задал(а) все интересующие меня вопросы врачу-ортодонту и получил(а) на них исчерпывающие ответы;

- я понимаю назначение данного документа;

- я подтверждаю свое согласие на проведение ортодонтического лечения с учетом названных обстоятельств и ограничений.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента (законного представителя несовершеннолетнего пациента, указать степень родства)

_____ (ФИО _____)

Подпись врача _____ (ФИО _____) Дата _____