

Информированное добровольное согласие пациента на ортодонтическое лечение

Я, _____,

(ФИО)

дата рождения _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

заполняется для лиц, не достигших 15-летнего возраста, или недееспособных граждан
являясь законным представителем _____

(ФИО пациента)

дата рождения _____, зарегистрированного по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне/пациенту, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), следующих медицинских услуг: ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей.

Я соглашаюсь с тем, что лечение будет выполнять врач _____,

а в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) будет предоставлен другой врач после предварительного уведомления и получения моего согласия.

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры «ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей» и даю свое согласие на ее проведение. Я понимаю, что ортодонтическое лечение связано с перемещением зубов при механическом воздействии на них ортодонтической аппаратуры. Поэтому срок лечения зависит от биологических факторов и не может быть уменьшен только по желанию пациента.

Мне известно, что для нормализации прикуса может потребоваться удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости или возможной вероятности удаления врач сообщит до начала ортодонтического лечения (в крайне редких случаях во время прохождения лечения).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния зубов и полости рта и понимаю доведенную до меня информацию, что при проведении лечебных манипуляций по ортодонтическому лечению дефектов зубных рядов и челюстей, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергических реакций и др. Лечащий врач понятно объяснил необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений.

Я соглашаюсь во время лечения несъемной ортодонтической аппаратурой (брекет-система) соблюдать (обеспечивать соблюдением пациентом) правила приема пищи: отказаться от жесткой пищи, такой как косточки, орешки, сухари и т.п., ничего не откусывать, всю пищу резать ножом или отламывать. Я сознаю, что при несоблюдении правил приема пищи составные части брекет-системы, такие как брекеты, кольца, замки, дуги и т.п., могут отклеиваться и ломаться. Это может привести к увеличению сроков лечения и его удорожанию. Я понимаю и согласен(а), что перелом, трещина, приваривание новых элементов в ортодонтических аппаратах не являются гарантийными случаями и должны быть оплачены отдельно.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов, поэтому возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и/или изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача в течение лечения и по его окончании, в процессе пользования ретенционным аппаратом. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять (обеспечивать выполнение пациентом) все назначения. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты.

Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков по данному виду услуг (работ) невозможно. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать (обеспечивать соблюдение пациентом, законным представителем которого я являюсь).

Я предупрежден(а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Мне известно, что на протяжении ортодонтического лечения необходимо производить активацию съемных аппаратов и несъемной ортодонтической техники строго в сроки, указанные врачом. Если пациент не

производит активацию аппарата в назначенное время и регулярно нарушает график визитов, то врач имеет право завершить лечение на данном этапе без возмещения стоимости аппарата или лечения.

Я согласен(а) после окончания лечения носить ретенционный аппарат (обеспечить его ношение пациентом, законным представителем которого я являюсь) в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Мне разъяснено, что даже присутствие в полости рта ретенционной аппаратуры не гарантирует предотвращение смещения зубов.

Мне разъяснено, что в процессе ортодонтического лечения могут появиться эффекты, снижающие эстетическое впечатление пациента после его окончания:

- при исправлении скученного положения зубов могут возникнуть «черные треугольники», если десневой сосочек атрофировался в течение жизни;
- при несоблюдении гигиены полости рта на поверхности эмали могут появиться меловидные пятна, требующие дополнительного лечения;
- в процессе ортодонтического лечения невозможно изменить форму зубов: если имеются сколы эмали или фасетки стирания, то независимо от формы режущего края зубы устанавливаются в правильную позицию; воссоздание правильной формы зубов возможно после снятия брекет-системы ортопедическими или терапевтическими методами.

Мне известно, что после снятия брекет-системы при необходимости протезирования нужно провести его в ближайшее время. При отказе от протезирования необходимо изготовить дополнительную ретенционную аппаратуру для предотвращения смещения зубов, расположенных рядом с дефектом зубного ряда.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я обязуюсь, соблюдать план лечения и рекомендованные врачом сроки явки на очередной прием (процедуру), а также регулярно посещать профилактические осмотры согласно рекомендациям врача. Мне также разъяснили, что несоблюдение мною плана и сроков лечения могут снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье. Клиника не несет ответственности за неблагоприятные последствия, наступившие по причине несоблюдения мною плана и сроков лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергической реакции и т.д.

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии).

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я подтверждаю, что в достаточном объеме владею устным и письменным русским языком для понимания всего сказанного и написанного в настоящем документе.

(подпись)

(ФИО пациента или законного представителя пациента)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

« ____ » _____ 202__ г.
(дата оформления)