



Приложение к медицинской карте № _____

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« _____ » _____ 201__ г.

Информированное согласие на ортодонтическое лечение

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Ортодонтическое лечение,
(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо дать свое согласие на проведение данного лечения, либо отказаться от него.

Врач поставил мне следующий диагноз:

_____ и обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения: санация полости рта перед установкой аппарата, процедура профессиональной гигиены и, при необходимости, подготовка эмали. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, могут иметь меньший клинический успех. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива зубочелюстной аномалии после снятия аппарата. Я понимаю, что причиной возможного возникновения вторичного кариеса и новых кариозных поражений, а также обострений заболеваний пародонта является не сама брекет-система, а погрешности предыдущего лечения и недостаточная гигиена полости рта.

Я понимаю, что ортодонтическое 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. 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 понимаю, что иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций или изменения срока лечения.

Я информирован(а) о том, что гарантией от возникновения вторичного кариеса леченых зубов, обострения периапикальных явлений и обострений заболеваний пародонта является санация полости рта у специалистов данной клиники. В противном случае ответственность за возникновение вторичного кариеса и обострений заболеваний пародонта несет врач, выполнявший санацию полости рта перед ортодонтическим лечением.

Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего стоматолога-терапевта в течение ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по окончании лечения, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже шести раз в год. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения.

Я проинформировал(а) врача _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование и фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превосходят возможные осложнения, поэтому я даю добровольное согласие на проведение лечения.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить ортодонтическое лечение на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /