



117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел. +7 (495)223-54-05, 223-54-06

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

« _____ » _____ 20__ г.

Я,

(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **ортодонтическое лечение** – _____

(указать вид)

по поводу диагноза: _____

(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения и наклона зубов в зубных рядах, коррекцию окклюзии (смыкания зубов) для нормализации функций челюстно-лицевой системы.

Я информирован(а) о последствиях отказа от ортодонтического лечения: прогрессирование зубочелюстной аномалии, заболевания пародонта, преждевременная потеря зубов и костной ткани, нарушение деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

Я информирован(а) о том, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не изолированный характер, а связаны с патологией опорно-двигательной системы пациента, значительными изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, состоянием пародонта и организма в целом, что повышает риск неудачи проведенного лечения, рецидива (повтора) заболевания и требуют коррекции ранее составленного плана лечения, применения дополнительных методов обследования и лечения.

Я информирован(а), что вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами дальнейшего развития заболевания. Отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения. Я информирован(а), что при лечении с использованием съемной ортодонтической аппаратуры невозможно исправить некоторые виды зубочелюстных аномалий,

достичь высокого эстетического результата.

Я информирован(а) о том, что эстетическая оценка результатов лечения, связанных с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения, при отсутствии функциональных нарушений, не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а) о том, что изменения зубных рядов влияют на лицевой скелет в целом.

Я информирован(а) о необходимости регулярных профилактических осмотров у лечащего врача-стоматолога-терапевта/врача-стоматолога детского в период активного ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по его окончании в течение ретенционного периода. Я информирован(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта при ортодонтическом лечении не реже шести раз в год.

Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) с последовательностью, сроками лечения, необходимостью рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения. Я также проинформирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

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 информирован(а) о необходимости:

- соблюдения всех рекомендаций и назначений врача до и после вмешательства, в том числе по уходу за аппаратурой;
- явки пациента на приемы в строго установленное врачом время;
- немедленного обращения к врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно

достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Подпись лица, давшего согласие

_____ / _____ /

Подпись врача:

_____ / _____ /.