

Приложение к договору и к амбулаторной карте
стоматологического больного № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАЙНЕРОВ

Я, _____,
(ФИО пациента, число, месяц, год рождения либо законного представителя)

зарегистрированного, проживающего по адресу:

_____ (адрес регистрации, проживания гражданина или законного представителя)

в отношении _____ «__» _____ г.р.,
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

даю информированное добровольное согласие, о том, что мое лечение проведет врач-стоматолог

(Ф.И.О. врача)

1. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323, любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

2. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323, согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, даёт один из его родителей либо иной законный представитель. С 15 лет и до достижения совершеннолетия согласие даёт пациент и один из его родителей либо пациент и его законный представитель.

Лечения на элайнерах

1. **Диагностический этап:** производится осмотр полости рта пациента, определяется состояние окклюзии (смыкания) зубов, количественный и качественный состав зубов и состояние окружающих их тканей. В некоторых случаях осуществляется рентгенологическое исследование – ортопантограмма, телерентгенография. После обследования врач снимает слепки с челюстей, проводит биометрическое исследование гипсовых моделей. После получения всей необходимой информации изготавливаются индивидуальные аппараты.

2. **Активный этап лечения:** предполагает ношение элайнеров в течение не менее 22 часов в сутки и самостоятельную замену на следующий элайнер 1 раз в 2 недели. Явка пациента с определенной врачом периодичностью на осмотр, при необходимости для коррекции.

Возможные риски (неблагоприятные последствия):

- 1) аллергическая реакция на материал аппарата; увеличение сроков лечения в связи с особенностями зубочелюстной системы;
- 2) при неудовлетворительной гигиене зубов возможны очаги деминерализации зубов, что потребует дополнительной терапии;

- 3) иногда возможны рецессия дёсен (снижения уровня десны), резорбция корней зубов (рассасывание корней); эти процессы являются индивидуальной реакцией организма на медицинское вмешательство и их точное прогнозирование невозможно;
- 4) рецидив, то есть возвращение зубов в первоначальное положение, что может потребовать дополнительного лечения на несъёмной технике.

Возможные дискомфортные состояния:

- 1) в первые дни после установки ортодонтической аппаратуры возможны некоторые болевые ощущения, чувствительность зубов к нагрузке – такая начальная реакция зубов нормальна; период привыкания длится, как правило, не более двух недель;
- 2) в период привыкания возможны проблемы с дикцией, которые быстро проходят;
- 3) возможна реакция на вмешательство со стороны слизистой оболочки полости рта в виде появления участков воспаления;
- 4) во время лечения могут появиться ощущения подвижности некоторых зубов. Это нормальная реакция при ношении данной аппаратуры.

Предполагаемые результаты: коррекция прикуса и положения зубов.

В практике врачей-ортодонтотв имеются сформированные усредненные сроки лечения и типовые планы лечения при наличии тех или иных показаний. Однако ребенок не является усредненной единицей, и его организм может поразному отреагировать на медицинское вмешательство, что может потребовать корректировки планов и сроков лечения для достижения поставленных целей. Любое изменение сроков и планов всегда обсуждается с законным представителем. Первичной целью для врача-ортодонта всегда является исправление прикуса, выравнивание зубных рядов всегда стоит на втором месте в иерархии задач врача.

Длительность ортодонтического лечения, в том числе ретенционного периода, индивидуальна и зависит от возраста пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе лечения,

сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения (с удалением или без удаления отдельных зубов), наличия (возникновения) у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраняемых функциональных нарушений, конструктивных особенностей ортодонтического аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача.

Результаты ортодонтического лечения ограничены технологическими возможностями ортодонтических аппаратов. Ортодонтическое лечение не в состоянии решить проблемы, лежащие в области челюстно-лицевой хирургии, ортопедии, косметологии. По желанию законного представителя пациента ортодонтическое лечение может лишь в некоторой степени нивелировать (скрыть, уменьшить) эстетические дефекты, вызванные челюстно-лицевой патологией. Прогнозирование результатов лечения также является относительным по причине невозможности предсказать развитие зубочелюстной системы и возрастных изменений жевательного аппарата человека.

Нарушение пациентом сроков контрольных осмотров врача-ортодонта, отказ от ношения ретенционных аппаратов, отказ от продолжения и завершения лечения в целом однозначно негативно влияют на результаты лечения, увеличивают сроки лечения, с высокой вероятностью могут привести к коррекции плана лечения, в том числе к необходимости продолжения лечения на несъёмной технике.

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Настоящим информируем вас о том, что стоимость контрольных осмотров, проводимых в рамках вашего лечения, может подлежать корректировке. Данные изменения обусловлены возможным ростом цен на медицинские услуги и материалы согласно действующему прайс-листу нашей клиники.

Актуальная стоимость контрольного осмотра будет определяться на момент его проведения и соответствовать ценам, указанным в прайс-листе, действующем на дату оказания услуги.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю врачу опубликовать информацию о лечении меня в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении моего ребенка согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечёт соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика, о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента или законного представителя

Подпись _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Вышеуказанный Пациент ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

Подпись врача _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.