

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по ортодонтическому лечению на брекет-системе

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)

проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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

(Ф.И.О. врача)

Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) со сроками и стоимостью, рисками и исходами оказываемой услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортодонтического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения, что ортодонтическое лечение - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет лечение и профилактику зубочелюстных патологий, в том числе исправление прикуса, а также проводится в эстетических целях и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса. Это достигается воздействием специальной аппаратуры (съёмной или несъёмной, внутри или внеротовой, а также их комбинацией) на зубы, периодонт, и костную ткань челюстей. Лечение ортодонтической патологии осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов, а так же за счет влияния, оказываемого на рост детских и взрослых челюстей в правильном направлении.

Так же мне понятно, что несъемные внутриротовые ортодонтические конструкции предполагают постоянное (на весь срок лечения) крепление к зубам пациента. Применение брекет-систем заключается в прочном креплении ко всем зубам специальных замков(брекетов) и соединение их друг с другом ортодонтической дугой путем активного лигирования (плотной фиксации с помощью лигатур и иных приспособлений) или пассивного самолигирования, когда специальными крышками брекеты самостоятельно удерживают дугу. Вся эта система оказывает давление на искривленные зубы или группу зубов и приводит к выравниванию зубных рядов. В некоторых клинических случаях целесообразно и рекомендовано использование ортодонтических мини-винтов для улучшения и ускорения результативности лечения. Брекет-системы могут быть вестибулярного (наружного) или лингвального (внутреннего) крепления к зубам. Изготавливаются брекеты из нержавеющей стали, титана, керамики.

Я осведомлен(а) о том, что в последствии отказа от ортодонтического лечения могут быть: кариес, клиновидные дефекты перелом зуба(ов);поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей; прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами; неполноценное функционирование зубочелюстной системы и, как следствие, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани; нарушения в деятельности жевательных мышц, боли; поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением его функции и болевым синдромом; нарушение функции жевания, дыхания, речи; косметические, эстетические, а

в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные «неправильным» соотношением челюстей, зубов и зубных рядов.

Я был(а) информирован(а) лечащим врачом о том, что ортодонтическое лечение на брекет-системах состоит из следующих этапов: 1 посещение - обработка, обезжиривание поверхности зубов, приклеивание брекетов на верхний зубной ряд на специальный материал, установка первой дуги; в последующие посещения происходит коррекция системы по мере необходимости, смена дуг, установка и активация необходимых элементов, в том числе установка ортодонтических мини-винтов; в зависимости от клинической ситуации определяется срок фиксации брекетов на нижний зубной ряд; в дальнейшие посещения происходит коррекция и активация системы на обеих челюстях; после завершения лечения наступает период удержания полученного результата, для этого с внутренней стороны зубов на верхний и нижний зубной ряд фиксируется несъемная проволочная шина, а так же изготавливаются индивидуальные съемные ночные капы; продолжительность ретенционного периода в среднем составляет 3-5 лет. Мне в доступной форме было разъяснено и понятно, что длительность лечения варьируется от 1 года до 5 лет, в зависимости от клинической ситуации в полости рта.

Я понимаю, о необходимости информировать врача о наличии у меня хронических или иных заболеваний, т.к. это может иметь непосредственное влияние на ход лечения, а так же вызвать серьезные осложнения.

Мне разъяснено и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава и многих других осложнений, а так же правильного течения лечения брекет-системами, необходимо особо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого необходима взаимная избирательная пришлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных, а так же возможна замена имеющихся ортопедических конструкций в конце ортодонтического лечения.

Я информирован(а), что необходимо строго следовать этапам лечения, соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Хотя предложенное лечение поможет мне (представляемому) сохранить мое (представляемого) стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я понимаю, что с помощью брекет-систем невозможно исправить форму и цвет самих зубов, а только лишь привести их в правильное положение и создать физиологичный прикус, и чтобы сделать улыбку эстетичной иногда может потребоваться помощь других специалистов (хирургов, терапевтов, пародонтологов, терапевтов) для проведения дополнительных манипуляций, таких как эстетическая реставрация зубов, имплантация и протезирование, пластика мягких тканей.

Я информирован(а), что брекеты являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени. Денежные средства, уплаченные за использование брекет-систем, к ношению которых пациент не может привыкнуть, а так же за работу доктора по их установке и коррекции возмещены не будут.

Я предупрежден(а) врачом о том, что осложнением означенного лечения могут быть: очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии. Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки.

Я информирован(а) врачом, о том, что отклеивание брекетов или щечных трубок, поломка дуги, может произойти только по причине перегрузки конструкции при приеме пищи или иных действиях и это не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в таком случае необходимо будет зафиксировать новый брекет или щечную трубку, либо заменить сломанную дугу. Мне разъяснено, что при появлении вышеуказанных осложнений и побочных эффектов после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для

дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения письменных рекомендаций врача после проведенного лечения.

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 фиксирования результатов медицинского ..

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 имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю добровольное согласие на ортодонтическое лечение с помощью брекет-систем.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента или законного представителя _____ /
Ф.И.О. (полностью)

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

Дата «__» _____ 20__ г.