№_____от_____20___г

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (ортодонтическое лечение)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я,_____

(фамилия, имя ,отчество законного представителя пациента)

_____

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие на ортодонтическое стоматологическое лечение в ООО «СТЕП ТУ ДЕНТ» .

Я согласен(на) с тем, что моё лечение проведёт врач-стоматолог _____

_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

До начала ортодонтического лечения получил (а) от врача всю информацию о предстоящем лечении.

1.Я был(а) проинформирован(а),что одним из основных факторов успешного ортодонтического лечения с применением ортодонтической аппаратуры, является хорошая **гигиена полости рта**, поэтому до, в процессе и после ортодонтического лечения я обязуюсь проводить профессиональную гигиену полости рта у врача гигиениста и соблюдать рекомендации врача по гигиене полости рта самостоятельно. При несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта(кариес, изменение цвета(пигментация) эмали, воспаление тканей, окружающих зуб), я предупрежден(а),что врач ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта.

2.Я уведомлен(а), что имеющиеся у меня повреждения твердых тканей зуба (реставрации ,микротрещины, и др.), опорных тканей зубов(заболевания пародонта и др.) являются отягощающими факторами при проведении ортодонтичесеого лечения, поэтому до начала лечения и на протяжении всего ортодонтического лечения необходимо **наблюдение, консультация и лечение у других специалистов**- стоматологов (терапевта, пародонтолога и др.).

3.Мне сообщено, что лечащий врач отменяет и переносит текущий прием в случае наличия и/или подозрения на наличие у меня сопутствующих воспалительных, инфекционных, онкологических, травматических и др.заболеваний полости рта и/или других органов организма.

4.Мне известно, что во время адаптации к ортодонтической аппаратуре может возникнуть нарушение звукопроизношения.

5.Я понимаю, что ортодонтическая аппаратура- это инородное тело в полости рта. **Привыкание (в период адаптации) к съемным ортодонтическим аппаратам требует терпения и времени на протяжении от 1,5 до 2 месяцев**. В период адаптации врачу

необходимо проводить коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта.
6.Мне сообщено, что продолжительность периода адаптации к несъемной ортодонтической аппаратуре (брекет-системе)в среднем около 10-14 дней. В этот период при пережевывании и откусывании пищи могут возникнуть болевые ощущения в области верхнего и/или нижнего зубных рядов, натирание слизистой оболочки губ и щек. По истечению этого периода неприятные ощущения проходят. Я поставлен(а) в известность о том, что с момента фиксации несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы) могу обратиться к своему доктору за коррекцией по предварительной записи.
7. Мне разъяснено, и я понял(а), что продолжительность ортодонтического лечения несъемной ортодонтической аппаратурой может достигать 5 и более лет, сроки моего лечения определяются индивидуально, и могут корректироваться в зависимости от степени выраженности аномалии, индивидуальных особенностей организма, и обстоятельств пользования аппаратурой (поломка, потеря аппарата и т . д.).
8.Мне сообщено, что в процессе ортодонтического лечения детей и подростков (в период их активного роста), требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата.
9.Мне разъяснено, что **необходимо производить активацию/коррекцию ортодонтической аппаратуры строго в сроки, указанные врачом.** При нарушении данного правила, врач имеет право завершить лечение на данном этапе, без возмещения стоимости аппарата и/или лечения. Если в процессе ортодонтического лечения не выполнять рекомендаций врача, то срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.
10.Я понимаю, что **после окончания активного периода лечения необходимо использовать ретенционные (удерживающие) аппараты в** течение всего периода, достаточного для закрепления достигнутого результата лечения и продолжать наблюдение у врача ортодонта. Я предупрежден(а), что в противном случае, может развиться рецидив (в виде частичной или полной потери достигнутого результата), который не является гарантийным случаем.
11. Я понимаю и согласен(а), что **необходимо оплачивать отдельно**: переломы, трещины, сколы ортодонтических конструкций, приваривание новых элементов съемных ортодонтических аппаратов, повторную фиксацию отдельных элементов несъемных аппаратов.
12.Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий зубочелюстной системы связаны с изменениями скелетных и нервно-мышечных структур и индивидуальных особенностей организма, поэтому **существует риск рецидива заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на предоставленное мне качественное лечение**.
13. Я понимаю, что **невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения**, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений.
14. Меня также ознакомили, и я понял(а) **возможные альтернативные варианты** (методы) **лечения**, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех.
15. Мне объяснено, что я могу получить бесплатную стоматологическую помощь по ОМС (Обязательное Медицинское Страхование), обратившись в поликлинику по месту жительства.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы. Вся информация была донесена до меня устно в полном объеме, в понятной и доступной мне форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень предлагаемых медицинских услуг, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги.

Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширенных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Мне разъяснено, и я понял(а), составленный план лечения, возможные варианты лечения и возможные последствия и осложнения в соответствии с поставленным мне диагнозом на основании проведенных клинического, антропометрического, рентгенологического и других методов обследования в соответствии с установленными стандартами и требованиями, а также все преимущества и сложности выбранного метода лечения и даю согласие на проведение ортодонтического лечения.

Подпись пациента (законного представителя)_____/ _____

Врач _____/ _____

Дата _____