

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие.

Этот документ свидетельствует о том, что я, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о предстоящем ортодонтическом стоматологическом лечении, и что я согласен(сна) с предложенными мне условиями его проведения. Я был(а) информирован(а) и понимаю цель ортодонтического стоматологического лечения. Я понимаю, что в зависимости от имеющихся у меня заболеваний в полости рта будут выбраны **один или несколько видов лечения** по медицинским показаниям последовательно в порядке быстрейшего достижения выздоровления (улучшения состояния): санация очагов хронической инфекции, реставрация имеющихся зубов и замещение отсутствующих зубов.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация:

Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии здоровья пациента и соглашаюсь на проведение ортодонтического лечения.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания _____

Я выбираю следующую ортодонтическую конструкцию: - несъемные ортодонтические аппараты - съемные ортодонтические аппараты.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, об индивидуальных возможностях исправления прикуса. Мне понятно, что ортодонтическое лечение направлено на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, путем воздействия специальной аппаратуры на зубы, периодонт и костную ткань челюстей, для получения зубочелюстно-лицевого морфологического оптимума, а не идеала (невозможности получения «идеальной улыбки»).

Я подтверждаю, что ожидаемым мною результатом лечения является улучшение прикуса (изменение взаиморасположения зубов по отношению к друг другу и зубному ряду другой челюсти по отношению к имеющемуся взаиморасположению зубов до начала лечения в сторону физиологической нормы). Мне понятно, что точный результат изменения прикуса предсказать невозможно в силу особенностей протекания биологических процессов в организме, поэтому соглашаюсь считать отклонения от нормы морфологии и функции, незначительно влияющие на внешность, как мою индивидуальную норму и приемлемый для меня результат лечения.

Я соглашаюсь с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортодонтического лечения, который был избран совместно с лечащим врачом в процессе согласования индивидуального плана лечения, а именно:

- диагностический этап, т.е. получение оттисков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, расшифровка и анализ рентгенограмм, изучение биомеханики движения челюсти и положение височно-нижнечелюстного сустава, расчёт конструкции аппарата;

- проведение санации полости рта, т.е. лечение имеющихся заболеваний (кариес, пульпит и т.д.) и выполнение гигиенических и профилактических мероприятий (чистка зубных отложений, фторирование зубов и т.д.), которые проводятся соответствующими специалистами;

Мне понятно, что в некоторых случаях для успешного проведения ортодонтического лечения необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов; пластика уздечек губ и языка; обнажение ретинированного зуба; углубление преддверия полости рта и т.д.

Во время лечения я обязуюсь строго выполнять все рекомендации врача-ортодонта, соблюдать гигиену и режим в соответствии с предоставленными Памятками, придерживаться особых правил питания, исключающих возможность механического и термического повреждения аппаратуры, а также:

- необходимость получить обязательную консультацию врача-пародонтолога перед наклеивкой брекет-системы, при необходимости – на этапе ортодонтического лечения, а также после снятия брекет-системы,

- необходимость регулярно, не реже 1 раза в 3 месяца (если врачом не определены другие сроки), посещать врача-гигиениста стоматологического для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта,

- необходимость не реже 1 раза в 6 месяцев, посещать врача-стоматолога-терапевта для прохождения регулярных осмотров, в целях возможности оперативного реагирования на решение стоматологической проблемы, в случае её возникновения.

Я соглашаюсь с тем, что возможно мне потребуются проведение санации полости рта на этапе ортодонтического лечения (при возникновении кариеса, пульпита, гингивита, пародонтита и т.д.), выполнение гигиенических и профилактических мероприятий (чистка зубных отложений, фторирование зубов и т.д.), либо отклонения от утвержденного плана лечения в виде иных внеплановых манипуляций или изменения срока лечения,

направленные на получение лучшего результата, которые проводятся соответствующими специалистами за дополнительную плату.

Мне понятно, что в процессе изменения кризиса возможно возникновение логопедических изменений, поэтому мне потребуется консультация логопеда. Я обязуюсь строго выполнять артикуляционный план, назначенный логопедом, т.к. понимаю, что от этого зависят сроки и качество ортодонтического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработке зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я соглашаюсь с тем, что при недостаточной гигиене полости рта (как следствие несоблюдения мною правил личной гигиены полости рта и несоблюдение рекомендаций врача-ортодонта), могут возникать осложнения: кариеса; гипертрофические изменения десневого края, обострения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Я соглашаюсь с тем, что если при контроле гигиены полости рта (по индексам гигиены), врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, что может быть, то на любом этапе лечения из-за высокого риска возникновения осложнений, мне будет рекомендовано снятие ортодонтической системы, при этом деньги за предшествующее лечение мне не будут возвращены.

Я соглашаюсь с тем, что при лечении с применением ортодонтической системы, возможно обострение имеющихся заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), поэтому я обязуюсь проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я соглашаюсь с тем, что нарушение пациентом правил лечения может повлечь за собой очаговую деминерализацию тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии, что потребует дополнительных мероприятий, которые проводятся соответствующими специалистами за дополнительную плату.

Я соглашаюсь с тем, что для эффективного выравнивания зубов может потребоваться их шлифование с боковых поверхностей с целью получения дополнительного пространства для исправления их положения.

Я соглашаюсь с тем, что для создания во время лечения дополнительной опоры для перемещения зубов, может потребоваться установка ортодонтических микроимплантатов, при этом в редких случаях возможно развитие воспаления вокруг микроимплантата, гиперчувствительность к металлу, повреждение корня зуба, что потребует дополнительного лечения или удаления микроимплантата.

Я соглашаюсь с тем, что для создания во время лечения дополнительной опоры для перемещения зубов, может потребоваться установка ортодонтических микроимплантатов, при этом в редких случаях возможно развитие воспаления вокруг микроимплантатов, гиперчувствительность к металлу, повреждение корня зуба, что потребует дополнительного лечения или удаления микроимплантата.

Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях результат лечения по коррекции прикуса может измениться в результате произведенных в челюстно-лицевой хирургии вмешательств, что потребует дополнительных, не предусмотренных первоначальным планом, медицинских услуг по коррекции прикуса, а сами услуги будут производиться за дополнительную плату.

Мне понятна важность строгого соблюдения графика прохождения профессиональной гигиены полости рта, режима эксплуатации и гигиены ортодонтического аппарата, графика посещений врача-ортодонта, нарушение которых может повлечь за собой существенное увеличение продолжительности лечения, вероятность возникновения осложнений, которые будут требовать коррекции, что неминуемо приведёт к удорожанию стоимости самого лечения, а также является основанием для отказа в продолжении ортодонтического лечения, при этом я соглашаюсь с тем, что деньги за оказанные услуги не возвращаются.

Я понимаю, что съемная ортодонтическая система — это инородное тело в полости рта, что привыкание к съемной ортодонтической системе требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения, врач проводит коррекцию системы в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Поэтому я соглашаюсь с тем, что если субъективно я не смогу привыкнуть к съемной ортодонтической конструкции, то деньги за изготовление и установку ортодонтической системы не возвращаются.

Я понимаю важность точного соблюдения рекомендаций врача – ортодонта по ношению съемной ортодонтической системы и обязуюсь их неукоснительно соблюдать, поскольку при несоблюдении рекомендаций снижается скорость улучшения прикуса и уменьшается возможность достигнуть желаемый результат.

Я понимаю, что привыкание к несъемной ортодонтической системе происходит в течение 10-21 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки языка, губы и щеки, сложности с произношением звуков, нечеткость дикции. После периода адаптации большинство неприятных ощущений проходит.

Мне понятно, что во время эксплуатации ортодонтической системы при увеличении нагрузки, несоблюдении рекомендаций по уходу за зубами и ограничений в приеме пищи, указанных в Памятке, могут возникать поломки ортодонтического аппарата: отклейка брекета, поломка ортодонтической дуги, перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, необходимость в приварке новых элементов, поэтому я соглашаюсь с тем, что все вышеуказанные случаи не относятся к гарантийным случаям и ремонт ортодонтической системы производится на платной основе.

Мне понятно, что в случае поломки ортодонтического аппарата необходимо его сохранить и немедленно сообщить об этом в клинику для организации внепланового приема для контроля состояния аппаратуры,

исключение дискомфорта, связанного с поломкой ортодонтического аппарата и записи на плановый прием для восстановления аппаратуры и продолжения лечения.

Мне понятно, что ортодонтическое лечение состоит из двух этапов – исправления прикуса (активный период) и удержание прикуса (ретенционный период). Примерные сроки являются приблизительными и при регулярном посещении, 1-2 раза в месяц, максимальный срок активного периода ортодонтического лечения составляет от 2,5 лет до 3,5 лет.

Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях результат лечения по коррекции прикуса может измениться в результате произведенных в челюстно-лицевой хирургии вмешательств, что потребует дополнительных, не предусмотренных первоначальным планом, медицинских услуг по коррекции прикуса, а сами услуги будут производиться за дополнительную плату.

Мне понятно, что по окончании ортодонтического лечения композитные, керамические реставрации могут подлежать переделке, при повышенной стираемости отдельных зубов, возникших из-за их неправильного положения или патологии прикуса, рекомендуется реставрация пломбирочным материалом, керамическими конструкциями после проведения ортодонтического лечения или на его этапах. Все дополнительные манипуляции оплачиваются отдельно.

Я понимаю, что наличие скрытой патологии височно-нижнечелюстного сустава может носить скрытый характер, например, поражение аутоиммунного характера, поражающего связочный аппарат организма человека. И, может быть, не диагностировано на начальных этапах лечения, что приведет к изменению рекомендованного плана лечения, т.к. фоновые и усилившиеся в результате ортодонтического лечения изменения тканей сустава необратимы, и патология височнонижнечелюстного сустава может носить самостоятельный характер, не связанный напрямую с патологией зубных рядов.

Я соглашаюсь с тем, что после окончания активного периода и снятия ортодонтической аппаратуры для удержания полученных результатов использовать специальный съёмный и / или несъёмный аппарат (ретенер), ношение которого с целью закрепления результатов лечения может продолжаться от 2 лет до пожизненного.

Мне понятно, что в случае поломки ретенера, необходимо не позднее трех дней обратиться в клинику для починки ретенера.

Я соглашаюсь с тем, что при обращении в более поздний срок с момента поломки, препятствующей ношению ретенера, возможно изменение положения отдельных зубов, при этом ретенер после починки не сможет соответствовать изменившемуся положению зубов, что будет препятствовать его использованию, при этом коррекция изменившегося положения зубов будет производиться на платной основе.

Я обязуюсь в течение всего ретенционного периода являться для профилактики возможных осложнений для прохождения профессиональной гигиены не реже четырех раз в год.

Я соглашаюсь с тем, что в связи с дальнейшим развитием зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков и сроков службы на ортодонтическое лечение невозможно (гарантийный срок и срок службы, устанавливаются равными одной неделе после снятия ортодонтической аппаратуры), а для поддержания полученного результата после снятия ортодонтической аппаратуры используются ретенционные аппараты.

Я соглашаюсь с тем, что критерием оценки качества ортодонтического лечения при снятии ортодонтической аппаратуры (окончании лечения) являются:

Исправление положения отдельных зубов с постановкой их в оптимальное положение с точки зрения медицинской и эстетической целесообразности;

Коррекция формы зубных дуг с достижением индивидуальной нормы исходя из моих физиологических особенностей; Достижение максимально возможного физиологического смыкания зубов, обеспечивающего правильное распределение нагрузки между зубами и в области височно-нижнечелюстного сустава.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при лечении материалам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования ортодонтической аппаратурой и ее снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по ортодонтическому лечению выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я понимаю и согласен с тем, что, если я отказываюсь от снятия аппаратуры в конце ортодонтического лечения в клинике, отказываясь тем самым от ретенционного периода, я понимаю и согласен, что гарантийное обязательство на достигнутый результат в клинике не распространяется.

Я понимаю и согласен с тем, что, если я отказываюсь от ретенционного периода после снятия ортодонтической аппаратуры в клинике, понимаю и согласен, что гарантийное обязательство на достигнутый результат в клинике не распространяется.

Я внимательно ознакомился/ась/ с настоящим индивидуальным добровольным согласием и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Понимая сложность предстоящего лечения, на основе предоставленной мне врачом информации о моем здоровье и необходимости предстоящего лечения, я соглашаюсь на избранный метод лечения, добровольно беру на себя риск возникновения вышеупомянутых осложнений и неблагоприятных последствий лечения и, поэтому, обязуюсь не предъявлять материальных претензий к Исполнителю при их возникновении.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии зубов и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества лечения, публикации без идентифицирующих признаков.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Понимая, что результат ортодонтического лечения и возникновение осложнений главным образом зависит от выполнения всех рекомендаций врача и соблюдения гигиенических мероприятий, я возлагаю на себя обязательства по соблюдению всех вышеизложенных особенностей лечения, питания и ухода за зубами и ортодонтической аппаратурой.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного добровольного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и ортодонтическое лечение на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Я информирован(а) и согласен(а) со стоимостью предложенного мне лечения.

Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание этого документа и даю согласие на ортодонтическое лечение с учетом вышеперечисленных обстоятельств.

{ТекущаяДатаПолная} _____ / _____
(ФИО пациента) (подпись)

Прочитано, понято и подписано Пациентом в моем присутствии. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства. _____ / _____
(ФИО врача) (подпись)

{ТекущаяДатаПолная}