

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»  
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)  
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
на ортодонтическое лечение**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. р.

полностью соглашаюсь с тем, что ортодонтическое лечение в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить медицинский работник: \_\_\_\_\_

**Мне сообщена** врачом в доступной для меня форме, разъяснена и понятна следующая информация:

- суть ортодонтического лечения имеет своей целью коррекцию положения зубов в зубных рядах, нарушение окклюзий (смыкания зубов) и связанного с этим внешнего вида в целом;
- преимущества и сложности предполагаемого метода лечения;
- об использовании данного метода лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда);
- о всех возможных альтернативных методах лечения;
- что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения патологии прикуса;
- о необходимости провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, согласно плана лечения, изложенного в медицинской карте, в том числе рентгенологического;
- что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба;
- что имеющиеся у меня вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии моего заболевания, и что отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения.

**Меня проинформировали** о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

- кариес, клиновидные дефекты, патология стираемости зубов;
- усугубление зубочелюстной аномалии, поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей, появление промежутков между зубами (нарушение внешнего вида), рецессия десневого края в области передних и боковых зубов;
- неполноценное функционирование зубочелюстной системы из-за неправильного прикуса влечет за собой преждевременную потерю зубов и/или костной ткани;
- нарушения в деятельности жевательных мышц, боли;
- развитие заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, появление головных болей и болей в области шеи;
- нарушение функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

**Меня предупредили** о возможных осложнениях на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача:

- чувство дискомфорта, нарушение дикции (затруднённое произношение некоторых звуков);
- обильная саливация (повышенное слюноотделение) в период адаптации к ортодонтической конструкции (2-4 недели);
- возникновение боли или отёка десны и мягких тканей, травма углов рта;
- необходимость коррекции или переделки съёмных ортодонтических аппаратов в период смены зубов или в период активного роста челюстных костей;
- снижение жевательной эффективности и косметическая недостаточность на период проведения лечения;
- нарушение целостности эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;
- избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
- усиление опускания десны – вследствие развития начальных признаков этого процесса, имевшихся еще до начала лечения;
- при выраженной резорбции (резорбция -рассасывание корней зубов) ортодонтическое лечение прекращается;
- поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съёмного аппарата в бассейне и др.);
- частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке ретейнера;
- возможность проявления аллергической реакции на материалы, используемые в ортодонтических конструкциях: опение языка, жжение в полости рта, болезненность, дискомфорт.

**Я понимаю**, что все вышеперечисленные осложнения не являются врачебными ошибками и их последствиями.

**Меня информировали** о ретенционном периоде, в течение которого я обязуюсь носить ретенционный аппарат и соблюдать все назначения врача:

- что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены);
- что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 7-10 дней. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта;
- что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 1,5 – 2 месяца. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят;
- что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения;
- что после окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения, так как в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса;
- о необходимости контроля за ношением аппарата. Контроль будет осуществлять врач-ортодонт, и осуществляется врачом он будет по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта.

**Мне разъяснена информация** о ремонте съемной ортодонтической аппаратуры- что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

**Мне сообщено и понятно**, что в процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности зубочелюстной системы, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.), допустимо увеличение сроков лечения в определенных случаях, в том числе и в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

**Меня информировали**, что невыполнение рекомендаций врача сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата, несмотря на все усилия врача и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложиться на меня, что необходимо выполнять рекомендации врача в процессе проводимого для меня лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью

**Я понимаю**, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

**Меня уведомили** о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Впоследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на обеспеченное им качественное лечение. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение.

**Я проинформировал/а лечащего врача обо всех случаях аллергии** к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

**Мною получена** полная информация о гарантийном сроке, действующем в ООО «Стом-Дарт-Плюс» на стоматологические услуги, и я ознакомлен/а с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик, стандартов лечения и правил санитарно-эпидемиологического режима.

**Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы;
- сроки проведения процедуры;
- стоимость работ в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости и обоснует это.

**Мне сообщено и понятно**, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

**Я даю согласие**, что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(подпись врача)

(расшифровка подписи)