

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

№ _____

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)
« _____ » _____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу:

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
даю **настоящее информированное добровольное согласие** врачам ООО «ПАНДЕНТ _____» на проведение мне /

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента)
« _____ » _____ года рождения, **ортодонтического лечения**
До начала лечения (медицинского вмешательства) врач _____

(Ф.И.О. врача)

предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а именно о том, что:

1. ЦЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Этиология и патогенез (причины и условия возникновения болезни, происхождение и развитие болезни) данного заболевания связаны с наследственной предрасположенностью, наличием вредных привычек, ранней потерей молочных зубов.

Целью ортодонтического лечения являются: исправление патологии прикуса, сохранение здоровья височно-нижнечелюстного сустава, снижение риска преждевременной потери зубов, исправление аномалий развития челюстей, а также связанных с ними изменений в челюстно-лицевом скелете, профилактика нарушений прикуса - в детском, подростковом и взрослом возрасте.

2. МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Методы диагностики, применяемые для верификации (подтверждение и проверка при помощи определенных алгоритмов, процедур) и уточнения данного заболевания: ортопантомограмма, боковая телерентгенограмма головы.

Методы лечения: удаление зубов, редукция эмали, аппаратурное лечение, хирургическое лечение.

В данном случае, с учетом всех имеющихся данных, Пациенту показано

В процессе лечения требуется неоднократное проведение контрольных ОРТО снимков по назначению врача.

В процессе лечения могут возникнуть отклонения от ранее утвержденного плана лечения. В связи с этим могут потребоваться хирургическое вмешательство, использование микроимплантов, эстетическая восковая моделировка, замена используемой брекет системы на более совершенную на данный момент. Все перечисленные манипуляции оплачиваются дополнительно.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: соблюдение гигиены полости рта, диеты с низким содержанием углеводов, проведение реминерализующей терапии, ношение ретенционного аппарата (ретенер, каппа).

Методы первичной и вторичной профилактики: раннее выявление аномалий прикуса, устранение вредных привычек (постоянное ротовое дыхание, длительное пользование соской, привычка "грызть" ногти, карандаши и т.п.), своевременная санация зубов, протезирование при ранней потере молочного зуба, комплексное лечение сопутствующей патологии.

3. РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: кариес, скол эмали, увеличение подвижности зубов, рассасывание верхушки корня зуба в процессе лечения, потеря зуба/зубов, боль после активации аппаратуры, рецессий (снижение уровня десны, обнажение поверхности корня), осложнение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). Указанные осложнения могут возникнуть в любое время на любом этапе и потребуют дополнительного лечения. Для профилактики патологии эмали обязательно проведение курса реминерализации препаратами Dental Resources после постановки брекет системы.

4. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

удаление зубов, редукция эмали, аппаратурное лечение - постановка брекет системы, ношение съемной аппаратуры, установка микроимплантов, сепарация, шлифовка зубов, хирургическое лечение, лечение пародонта

5. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

Рецидив (возникновение нарушений после окончания активного ортодонтического лечения, частичный или полный возврат перемещенных зубов в исходное положение). Для предотвращения рецидива необходимо обеспечить адаптацию зубных рядов к новым физиологическим условиям с помощью ретенционных аппаратов, действие которых направлено на сохранение достигнутых результатов.

6. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят при качественно оказанной помощи от полноты, точности и своевременности выполнения рекомендаций врача, регулярности осмотра ортодонтической конструкции Пациента, состояния гигиены полости рта Пациента, его анатомо-физиологических особенностей, генетической предрасположенности, состояния здоровья (наличия сопутствующих заболеваний), от соответствия рекомендуемого и проведенного лечения.

Указанное медицинское вмешательство способствует улучшению качества жизни, улучшению эстетических показателей внешнего вида, повышает уровень психологического здоровья человека, исправление и стабилизация прикуса является мерой профилактики заболеваний верхне-нижнечелюстного сустава и тканей пародонта.

После завершения ортодонтического лечения возможно длительное (пожизненное) использование ретенера для сохранения результата лечения.

По истечению 6 месяцев после снятия брекет-системы пациент назначается на профгигиену.

Сроки ортодонтического лечения составляют примерно 2 года и более, и зависят от индивидуальных особенностей организма, и назначаются индивидуально в каждом конкретном случае.

В процессе лечения возможно изменение стоимости лечения в связи с частичной заменой оборудования (брекет-замков, замков-трубок, дуг, тяг).

Исполнитель гарантирует, что при проведении дополнительных диагностических, лечебных или профилактических мероприятий, которые могут быть потенциально опасными для жизни и здоровья Пациента, Исполнитель в обязательном порядке проинформирует об этом Пациента и сообщит ему сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции, в т.ч. при распломбировании и пломбировании корневых каналов, при механической обработке корневых каналов.

В процессе лечения Пациент обязан соблюдать особенности питания, гигиены полости рта, ухода за ортодонтической конструкцией: диета с пониженным содержанием углеводов, избегать откусывания твердой и грубой пищи, чистить зубы и ортодонтический аппарат с применением специальной ортодонтической зубной щетки и ершика.

Обязательная профилактическая гигиеническая чистка 1 раз в 3 месяца.

Мне разъяснено, что медицинские услуги относятся к категории опасных для здоровья, также возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда моему здоровью.

Настоящее добровольное информированное согласие мною прочитано, осознано и мне понятно, достаточно для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг (медицинское вмешательство). Настоящее согласие составлено в 1 экземпляре и подписано обеими сторонами, хранится у Исполнителя.

Я доверяю врачу _____ проведение показанного мне лечения (медицинского вмешательства).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения.

Приложение: Памятка для пациента при ортодонтическом лечении получена.

От Исполнителя: _____
(врач-стоматолог)

Пациент: _____ / _____
(Ф.И.О.)

Тел: 600-20-20, www.pudent.ru

Литейный пр. д. 45. ул. Восстания, д. 47. ул. Типанова, д. 4. ул. Савушкина, д. 17. ул. Победы, д.14