

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**  
Я,

---

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

**Получил(-а) от доктора**

всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области, в частности аномалии прикуса, могут быть вызваны воздействием генетических, а также врожденных и приобретенных неблагоприятных факторов окружающей среды, заболеваний, вредных привычек, плохой гигиены полости рта и могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.

Я обязан (-а) ознакомить врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение длительное по времени, способствует нормализации положения отдельных зубов, формы и размера зубных рядов и коррекции прикуса. Ортодонтическое лечение включает подготовительный, затем активный период лечения и ретенционный этап лечения, для эффективности которых может потребоваться проведение ряда мероприятий хирургической и терапевтической санации. Это лечение по показаниям отдельных зубов, герметизации фиссур моляров и премоляров, пришлифовывание, сепарация зубов, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстного суставов. Ряд хирургических (удаление по показаниям отдельных зубов, раскрытие ретенированных зубов, коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Ортодонтическое лечение может быть подготовительным этапом перед протезированием или комплексном лечении пародонта зубов. Ортодонтическое лечение может прерываться на период прорезывания отдельных зубов, а также для проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Я согласен (-а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Я даю согласие на ортодонтическое обследование и изготовление фотографий полости рта, зубов, внешнего вида на этапах лечения, а при необходимости на дополнительное обследование.

Я проинформирован (-а), что в период манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса, фиксации ортодонтической аппаратуры возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи.

Я понимаю, что неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, приводит к удлинению сроков лечения и как следствие, увеличению финансовых затрат.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникать гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой

оболочки полости рта. Несоблюдение гигиены полости рта может способствовать развитию кариеса и заболеваний пародонта. Поэтому, регулярно, в соответствии с предписанием врача, необходимо проводить у врача-гигиениста или врача-стоматолога профессиональную чистку зубов и деталей аппарата, при несоблюдении рекомендуемых сроков проведения чистки, а также несвоевременной санации полости рта и при получении трех замечаний от врача по поводу плохой гигиены полости рта, занесенных в историю болезни, лечение прекращается.

Я проинформирован (-а), что при несоблюдении рекомендаций врача о характере приема пищи пациентом и отклеивании брекетов, повторное их приклеивание ухудшает условия фиксации и может потребовать их замены. После окончания ортодонтического лечения и удаления брекетов, композитные и керамические реставрации и коронки могут подлежать переделке.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к лечению.

Я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов. Я информирован, что ортодонтическое лечение осуществляется врачом-стоматологом - ортодонтом с помощью ассистента врача стоматолога.

Я согласен (-на) оплачивать ортодонтическую услугу в день предоставления лечебной или диагностической манипуляции. Фиксация и снятие ортодонтических аппаратов и техники, лабораторный этап изготовления брекетов на Set Up моделях оплачиваются авансовым платежом до приема.

Я получил (-а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен (-а) с ним.

Дата

\_\_\_\_\_ подпись пациента

\_\_\_\_\_ Законный представитель Фамилия Имя Отчество

\_\_\_\_\_ подпись лечащего врача

Разъяснения для пациентов о риске ортодонтического лечения получил (-а) \_\_\_\_\_ подпись пациента

Отказ от предложенного лечения и просьба пациента провести ему определенную альтернативную терапию оформляются дополнительно.

### **Разъяснение для пациентов о риске ортодонтического лечения**

Даже при добросовестном (скрупулезном) проведении лечения, что является высочайшим требованием в нашей клинике, некоторые нежелательные побочные действия и осложнения не могут быть исключены.

1. При неудовлетворительном уходе за зубами возможна деминерализация эмали (появление меловидных пятен) и кариес. Только там, где определенные места на зубах длительное время не очищаются, образуется зубной налет, под которым зуб медленно, но постоянно может разрушаться. Первоначально появляется меловидное пятно, позже возникает кариозная полость.

Несъемная аппаратура препятствует определенному самоочищению полости рта за счет мягких тканей и слюны. Поэтому необходимо чистить зубы после каждого приема пищи. Контроль за возникновением кариеса, осуществляется врачом-гигиенистом во время профилактических процедур.

Резорбция (рассасывание) корней зубов может возникать как во время лечения, так и без лечения. Однако намного чаще она происходит в тех случаях, когда должно проводиться значительное перемещение зубов и особенно там, где из-за нерегулярных посещений не может быть осуществлено постоянное и последовательное движение зубов. Эти изменения, как правило, исчезают при правильной установке зубных рядов.

2. Изменения в пародонте. Воспалительные процессы в области шейки зуба и особенно десны являются следствием плохой гигиены полости рта и зубов.

3. Подвижность зубов. Перемещение зубов может происходить только вследствие перестройки кости и связанной с этим повышенной подвижностью зубов.

4. Возможен дискомфорт, болезненность, неприятные ощущения в зубах от давления и при жевании, травмирование слизистой губ и щек в первые 3-7 дней после фиксации аппарата и после смены дуг. Для облегчения адаптации к аппарату можно воспользоваться специальным защитным воском.

5. Предполагаемые сроки лечения основываются на нашем клиническом опыте и могут индивидуально варьировать в зависимости от анатомо-функциональных особенностей пациента.

6. Полный или частичный рецидив (возвращение зубов в первоначальное положение), если пациент не пользуется ретенционными аппаратами после снятия брекет-системы.

7. Кооперация (сотрудничество) с пациентом. Для успешного лечения предполагается интенсивное сотрудничество от пациента и его родителей, регулярное соблюдение посещений и выполнение всех его рекомендаций.

8. Жалобы в области височно-нижнечелюстного сустава. Чем значимее аномалия тем больше вероятность возникновения незначительных изменений в суставе. Эти проблемы могут усиливаться во время ортодонтического лечения.

9. При лечении взрослых пациентов возможно появление "черных треугольников".

(Устраняются сошлифовыванием боковых поверхностей зубов или реставрацией пломбирочным материалом.)

Дата

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество

