

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: РЕТЕНЦИОННЫЙ ЭТАП

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «Стоматология на Просвещении» (ОГРН 1116193005334), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **ретенционный этап ортодонтического лечения**.

Я получил от лечащего врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Целью ретенционного этапа ортодонтического лечения является стабилизация достигнутых в ходе ортодонтического лечения результатов.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Поскольку диагностический, подготовительный и лечебный этапы моего ортодонтического лечения завершены, я уведомлен(а) лечащим врачом о необходимости снятия несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы или иного аппарата). Я согласен(на) со снятием брекет-системы и установкой ретенционного аппарата - в связи с началом ретенционного этапа лечения. Меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат проведенного мне ортодонтического лечения. Мне разъяснено и понятно, что после снятия брекет-системы (или иного ортодонтического аппарата) необходимо изготовить новый съемный или несъемный, одно- или двухчелюстной ретенционный аппарат. Также возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Ретенционный этап может длиться как несколько лет, так и пожизненно – в зависимости от показаний. Ретенционный аппарат может представлять из себя металлические дуги (проводки) либо прозрачные капы или пластинки, изготовленные в лаборатории индивидуально для пациента, которые фиксируются на зубы. Как правило, ортодонт фиксирует несъемный ретенционный аппарат на внутреннюю поверхность зубов обеих челюстей. Ретенционный аппарат подлежит замене – ориентировочно 1 раз в 2 года, капа – 1 раз в год. Частота замены аппарата определяется по показаниям. Я уведомлен(а), что замена аппарата не входит в стоимость ортодонтического лечения. Я согласен(на) оплачивать стоимость замены ретенционного аппарата по ценам, указанным в действующем прейскуранте Исполнителя. Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе сохранение достигнутого результата. Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Я согласен(на) оплачивать изготовление и замену ретенционной аппаратуры в соответствии с планом лечения и прейскурантом, действующим у Исполнителя.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить ретенционный этап ортодонтического лечения, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья в случае такого отказа: рецидив заболеваний, усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от лечения и/или его прерывания по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что любое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Мне понятно, что в период фиксации и ношения ортодонтической аппаратуры возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. При наличии

психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок ортодонтической аппаратуры. Возможными осложнениями ретенционного этапа лечения вследствие ряда причин, независящих от врача являются: нарушения 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; усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; нарушение речевой функции; поломка ретенционного 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 съемного аппарата в бассейне и др.); частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к ретенционному периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. **Противопоказаниями к ретенционному этапу лечения могу являться:** патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом ретенционного этапа ортодонтического лечения является сохранение правильного положения зубов. Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в ретенционного периода – не реже 2 раз в год. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже 2 раз в год. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения. Мне разъяснили, и я понял(а), что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков на ретенционный этап лечения невозможно.

6. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваниях), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

7. В соответствии с положениями Закона № 323-ФЗ пациент обязан заботиться о сохранении своего здоровья. Я согласен(на) выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением возможного результата. Я согласен (на) с тем, что, если я не буду следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям, врач оставляет за собой право снять ортодонтическую аппаратуру при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены) с целью недопущения ухудшения моего состояния здоровья. В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

10. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » 20 ____ года

Подпись: _____ / _____ /

Врач:

Дата: « ____ » 20 ____ года

Подпись: _____ / _____ /