

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**Ортодонтическое лечение зубов в ретенционном периоде**

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

Я, _____
(ФИО пациента)

обращаюсь за оказанием платных медицинских услуг по закреплению полученного результата ортодонтического лечения путем использования ретенционного аппарата.

Я выбираю следующую ортодонтическую конструкцию: _____

(наименование манипуляций, этапов лечения, заполняется лечащим врачом)

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 подбор ретенционных аппаратов и установка режима их ношения осуществляется врачом-ортодонтом, а оплата производится соответственно прейскуранту клиники.

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

- 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 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: кариес, гипертрофические изменения десневого края, обострения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

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.

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: 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 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 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 одному дню после снятия ортодонтической аппаратуры), а для поддержания полученного результата после снятия ортодонтической аппаратуры используются ретенционные аппараты.

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 соглашаюсь с тем, что существует вероятность субъективной непереносимости (непривыкания) к ретейнеру, при этом ортодонтическое лечение по заявлению пациента, с учетом принятия пациентом на себя риска рецидива изменения прикуса (изменения прикуса к сторону исходного состояния при начале ортодонтического лечения) может быть прекращено, при этом стоимость ретейнера и его установки не возвращается.

Я внимательно ознакомился(ась) с настоящим Приложением 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, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

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, имеющих 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 подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

«__»_____ 20__ г.