

УТВЕРЖДАЮ  
Генеральный директор  
ООО «Дента Арт»  
/В.Г.Кравченко/

Приложение № 8 к приказу № 17/09/1 от 17 сентября 2018 г.  
Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента на ортодонтическое лечение в ООО «Дента Арт»

Я, \_\_\_\_\_, "\_\_\_\_\_" г. рождения,

Законный представитель \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),  
даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение ортодонтического лечения

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мною условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз \_\_\_\_\_

и обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения в виде \_\_\_\_\_

Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортодонтического лечения и в ходе самого ортодонтического лечения:

1. санация полости рта перед установкой аппарата,
2. процедура профессиональной гигиены \_\_\_\_\_
3. подготовка эмали.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения:

\_\_\_\_\_, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (эстетические, гигиенические, функциональные качества; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа), либо отказ от проведения ортодонтического лечения вообще.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения

\_\_\_\_\_ , которые, в моем случае, будут иметь больший клинический успех (лучшие эстетические, гигиенические, функциональные качества; профилактика заболеваний пародонта и предотвращение дальнейшего разрушение жевательного органа).

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения.

Я понимаю и врач информировал меня о том, что в ходе ортодонтического лечения может возникнуть ряд **осложнение** в том числе: кариес и его осложнения, обострение воспалительных процессов вокруг зубов, ранее подвергавшихся эндодонтическому лечению (в которых проводилось лечение корневых каналов), обострение заболеваний пародонта(тканей окружающих зубы), резорбция (рассасывание) верхушек корней до 2-3 мм, рецессии десны (обнажение корня зуба в связи со снижением уровня костной ткани окружающей корень зуба), болевые ощущения от умеренных до очень сильных в ходе лечения, травма мягких тканей элементами аппарата, отклеивание элементов аппарата, проглатывание деталей аппарата, рецидив зубочелюстных аномалий и др.

Я понимаю, что причиной возможного возникновения вторичного кариеса и новых кариозных полостей, осложнений кариеса, обострений заболеваний пародонта, обострений воспалительных процессов вокруг зубов, ранее подвергавшихся эндодонтическому лечению (в которых проводилось лечение корневых каналов), является не сама брекет-система, а погрешности предыдущего лечения и недостаточная гигиена полости рта.

Я понимаю, что причиной возможного возникновения всех указанных осложнений может являться индивидуальная реакция моего организма на проводимое ортодонтическое лечение, психоэмоциональные особенности моего организма по восприятию болевых ощущений, погрешности в диете, назначенной доктором во время проведения ортодонтического лечения, травма зубов во время занятий спортом, и просто небрежное обращение с аппаратом.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива зубочелюстной аномалии после .снятия аппарата.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов об ортодонтическом лечении, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я информирован о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до двух-четырех недель), о возможных небольших болевых ощущениях, о дискомфорте после активации аппарата.

Я понимаю, что иногда возможны отклонения от утверждённого плана лечения в виде внеплановых манипуляций или изменения срока лечения.

Я информирован о необходимости использования специальных средств гигиены за полостью рта и соблюдения специальной диеты в ходе ортодонтического лечения, чтобы избежать возможных указанных выше осложнений.

Я информирован о необходимости регулярных осмотров у лечащего стоматолога-терапевта в течение ортодонтического лечения - не реже четырех раз в год и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь проводить процедуру профессиональной гигиены у врача-гигиениста не менее четырех раз в год.

Я понимаю, что даже соблюдение всех рекомендаций доктора по уходу за полостью рта, диеты во время ортодонтического лечения не может гарантировать предотвращение осложнений, которые возникают в ходе ортодонтического лечения.

Я информирован о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по ортодонтическому лечению.

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_  
Дата " " 20 г.