

УТВЕРЖДАЮ

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

Приложение № 1 к приказу 3009/1 от «30» сентября 2020 г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента на ортодонтическое лечение с системой элайнеров
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 с системой элайнеров

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
здравья 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.

Целью курса лечения по данной методике является коррекция патологии прикуса с помощью системы прозрачных, съемных элайнеров, которые будут изготовлены индивидуально для моего клинического случая, с учетом рассчитанных индивидуальных физиологических норм нагрузки для передвижения зубов. Исправления прикуса с помощью капп-элайнеров напрямую зависит от сложности случая и моих индивидуальных особенностей. До начала лечения полость рта должна быть санирована.

Я понимаю и информирован о том, что по результатам диагностического обследования специальная компьютерная программа анализирует состояние прикуса, рассчитывая количество и индивидуальную форму элайнеров для передвижения зубов, прогноз и сроки лечения, моделируя конечный результат передвижения зубов. В некоторых случаях могут быть необходимы дополнительные элементы (аттачмены). Аттачмены - специальные активаторы, фиксированные на зубах.

Доктор, после предварительных диагностических исследований и клинической оценки моих патологических условий объяснил мне, что:

1. До начала лечения мне проведут демонстрацию чек-лайн (3D-модель лечения). 3D-модель может незначительно отличаться и иметь погрешности от реальной ситуации. Результат достигается, только в том случае, если я буду строго следовать инструкции по использованию капп. Так же результат лечения зависит от физиологических составляющих пациента (инструкция прилагается в Соглашении). В случае если на этапе или в конце лечения результаты лечения будут отличаться от предварительно согласованной 3D-модели лечения, то необходимо выполнить корректировку лечения. Информацию о приблизительных сроках лечения в каждом конкретном случае можно узнать после проведенной 3D-диагностики.

2. Для достижения желаемого результата лечения мне необходимо взять на себя обязательства по строгому выполнению инструкции по использованию элайнеров и рекомендаций врача-ортодонта в процессе лечения.

3. Каппы для выравнивания зубного ряда следует носить всегда, за исключением отрезков времени приема пищи, чистки зубов и ухода за каппами.

4. После установки индивидуальной каппы в течение нескольких суток я могу в некоторой степени ощущать дискомфорт в зубах, положение которых необходимо изменить. Я понимаю, что такой дискомфорт является естественным следствием давления, оказываемого каппой на зубы. В случае если у меня возникнут трудности с дикцией в первый день начала курса лечения с применением элайнеров, я должен буду выполнять упражнения по модуляции и читать вслух.

5. При каждой замене каппы ощущается некоторое неудобство. Это вполне естественно, так как каппа становится активной в процессе лечения. Это легкое неудобство исчезает за один-два дня.

6. Не рекомендовано жевать жевательную резинку во время ношения капп, так как это может привести к поломке аппарата.

7. Желательно не курить, не пить чай, кофе и/или фруктовые соки с каппами на зубах, чтобы избежать формирования на них пятен. Каппы могут перестать быть невидимыми, при этом их клиническое действие не нарушается.

8. Каппу следует снимать перед потреблением пищи, поэтому не нужно менять собственные привычки питания. Во время приема пищи советуем хранить чистые каппы в специальном пенале с отверстиями для хорошей вентиляции. После каждого приема пищи следует аккуратно прочистить зубы зубной щеткой и нитью для чистки зубов. Только после этого следует надевать каппу.

9. В некоторых случаях рекомендуется при значительном дефиците места в полости рта, возможно в плане лечения будет порекомендовано интерпоксимальная сепарация (IPR) путем сошлифования эмали в промежутках между зубами с целью создания межзубного пространства и (или) удаление одного из зубов (или зубов мудрости).

10. Я понимаю и согласен с тем, что применение некоторых лекарственных средств может оказывать влияние на сроки лечения. Я должен сообщить врачу о применяемых лекарственных средствах

11. Слабое участие пациента, неправильное использование капп, несоблюдение сроков ношения и указаний врача-ортодонта может продлить сроки лечения и быть причиной неуспешного лечения.

12. При нежелании пациента продолжать начатое ортодонтическое лечение с применением элайнеров денежные средства за оплаченное лечение пациенту не возвращаются.

При принятии решения приступить к ортодонтическому лечению методом с применением элайнеров, я обязуюсь использовать индивидуальные каппы не менее 22 часов в сутки . Обязуюсь снимать каппы только во время приема пиши или для их чистки:

15 минут- утренняя чистка

30 минут – во время завтрака

30 минут – обеденное время

30 минут – во время ужина

15 минут – вечерняя чистка

Не снимать элайнеры больше чем на 30 минут во избежание рецидива неправильного положения зубов.

Я обязуюсь, в соответствии с инструкцией по использованию элайнеров:

- мыть каппы прохладной водой, чтобы не деформировать их, используя нейтральные моющие средства (не использовать

зубную пасту).

- хранить свои каппы в специальном контейнере, чтобы предотвратить их потерю или поломку.
- извлекать свои каппы в области задних моляров, чтобы случайно не сломать их.

Я информирован о необходимости проводить профессиональную гигиену не реже одного раза в 3 месяца (если не рекомендованы другие сроки); следить за своей гигиеной полости рта и за состоянием капп, чтобы предотвратить возникновение воспалительных заболеваний десен, заболеваний зубов, которые приводят к замедлению курса лечения и изменению результата лечения.

Я информирован о необходимости пунктуально являться на контрольные осмотры, назначенные мне врачом-ортодонтом для проверки эффективности курса лечения. При каждом моем посещении врача-ортодонта, мне будет выдаваться следующий комплект элайнеров, и я буду продолжать курс лечения так, как мне назначили. Я буду использовать каждую пару капп в течение установленного срока. Если у меня не будет возможности явиться на прием к доктору в назначенную дату, я буду продолжать носить последний набор капп до того момента пока не приду на прием. **Я понимаю, что несвоевременное обращение к доктору приведет к увеличению срока ортодонтического лечения элайнерами.**

В течение процедуры выравнивания возможны некоторые изменения (в зависимости от сложности клинического случая) и возможно потребуется смена элайнеров. В этих случаях будет составлен дополнительный план лечения, который оплачивается отдельно согласно прейскуранту на день оплаты стоматологических услуг.

Заказ сломанной или утерянной каппы (1 шт.) _____. Дополнительная доработка лечения (включая новые ортодонтические задачи) _____. Доставка _____. Оплачивается согласно прейскуранта.

По завершении процесса лечения с применением системы элайнеров, наступит ретенционный период. Если на конечном этапе лечения не произвести правильную ретенцию, зубы могут сдвинуться по разным причинам. Например, из-за роста челюсти или из-за жевательных привычек. Врач-ортодонт не может заранее предвидеть и проконтролировать эти случаи. Срок ретенционного периода и метод закрепления достигнутого результата лечения будут установлены индивидуально, с учетом имеющейся патологии прикуса до начала ортодонтического лечения. **Лечение в ретенционном периоде не входит в общую стоимость лечения методом с применением элайнеров .**

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 само ортодонтическое лечение с помощью элайнеров, 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, 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 утвержденного 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 гарантитных сроков по данному виду работ невозможно.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантитным 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.