

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на ортодонтическое лечение**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(*ФИО пациента, либо его законного представителя*)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **ортодонтическое лечение** по поводу диагноза:

\_\_\_\_\_  
(*наименование и код по МКБ-10*)

Ортодонтическое лечение будет проводиться с использованием ортодонтических аппаратов:

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения зубов, формы зубных дуг, смыкания зубов и иных улучшение функций зубочелюстной системы

Я информирован(а) о **последствиях отказа** от ортодонтического лечения: прогрессирование зубочелюстной аномалии, заболевания пародонта, преждевременная потеря зубов и костной ткани, нарушение деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

Я информирован(а) о том, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не изолированный характер, а связаны с патологией опорно-двигательной системы пациента, значительными изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, состоянием пародонта и организма в целом, что повышает риск неудачи проведённого лечения, рецидива (повтора) заболевания и требуют коррекции ранее составленного плана лечения, применения дополнительных методов обследования и лечения. Я информирован(а), что при лечении с использованием съёмной ортодонтической аппаратуры невозможно исправить некоторые виды зубочелюстных аномалий, достичь высокого эстетического результата.

Мне понятна информация о **диагнозе** и методах лечения. Я ознакомлен(а) с **технологиями, методами, средствами и материалами**, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) со сроками лечения, необходимостью рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения. Я также проинформирован(а) о возможных **альтернативных вариантах лечения**, которые в данном случае могут иметь меньший клинический успех. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне вариантов и планов лечения.

Я информирован(а), что вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами дальнейшего развития заболевания. Отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения.

Я осознаю, что ортодонтическая аппаратура - инородное тело в полости рта. Я информирован, что привыкание (период адаптации) к ортодонтической аппаратуре происходит в среднем в течение 14-28 дней, но может занимать и гораздо большее время. В это время могут возникать болевые ощущения в зубах при пережевывании и откусывании пищи, нарушение речи, затруднения при глотании, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода привыкания неприятные ощущения проходят.

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение - процесс длительный, включает в себя этапы: фиксация аппаратуры в полости рта, активация аппаратуры, наблюдение врача в процессе лечения, снятие аппарата, ретенционный период.

Врач мне объяснил, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые будут со мной согласованы. Я понимаю и согласен(а), что не являются гарантийными случаями и должны оплачиваться дополнительно: повторная фиксация отклеившихся элементов (брекетов, замков, кнопок, накладок), замена сломанных дуг, починка съемного аппарата.

Я проинформирован(а), что при несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие очагов воспаления слизистой оболочки десны в зонах контакта ортодонтической аппаратуры, кариеса, изменение цвета эмали (пигментация). Я предупрежден(а), что лечащий врач оставляет за собой право принятия решения о досрочном снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта без возмещения стоимости аппарата и/или лечения. Мне известно, что кариес и его осложнения, заболевания тканей, окружающих зуб, выявленные во время ортодонтического лечения, могут потребовать лечения.

Я ознакомлен с возможными осложнениями на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача:

- травмирование слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтического аппарата;
- нарушение эмали зубов (появление белых пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) вследствие плохой гигиены полости рта;
- усиление опускания десны, «оголение» шеек зубов вследствие признаков этого процесса до начала лечения;
- подвижность зубов, нежелательные перемещения зубов, зубоальвеолярные деформации вследствие несвоевременной явки к врачу, нарушений рекомендаций врача;
- невозможность перемещения зуба вследствие особенностей его положения в кости или сращения зуба с окружающей костной тканью;
- рассасывание верхушек корней (резорбция), в том числе неконтролируемого использования ортодонтического аппарата, особенностей расположения зубов, увеличении сроков лечения, при перемещении ретенционных и дистопированных зубов, гормональных нарушений;
- аллергические реакции на материал, из которого изготовлен ортодонтический аппарат;
- поломка аппарата и риск попадания его отдельных частей в дыхательные пути или желудок.

Я информирован(а) о необходимости: соблюдения всех рекомендаций и назначений врача до и после вмешательства, в том числе по уходу за аппаратурой, явки пациента на приемы в строго установленное врачом время, немедленного обращения к врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство.

Я предупрежден(а), что ортодонтическое лечение может быть проведено как с полным устранением зубочелюстной аномалии, так и с улучшением состояния. Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций. Вследствие индивидуальных особенностей организма несмотря на проведенное качественное лечение существует риск неудачи.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения использовать ретенционные аппараты в течение времени, рекомендованного лечащим врачом. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии в виде частичной или полной потери достигнутого результата, который не является гарантийным случаем. Этому способствуют прогрессирование заболеваний пародонта, отказ от профессиональной гигиены, лечения, протезирования зубов, удаления зубов мудрости. Я информирован(а) о необходимости профилактических осмотров в ретенционном периоде. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, несу ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлечь для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки. Я согласен(а) и разрешаю опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства и ухода за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от ортодонтического лечения, уведомив об этом лечащего врача в письменной форме. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющего юридическую силу и являющегося частью моей медицинской карты. Я принимаю решение приступить к лечению.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Пациента или законного представителя Пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)