

Утверждаю:
Генеральный директор
ООО «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ»

_____ **Чернов П. В.**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

«__» «_____» 20__ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.

Я, _____,
(Фамилия Имя Отчество)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении.

Врач тщательно осмотрел мои зубы и полость рта, объяснил все существующие методы лечения. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем, сроки и цели лечения, возможные осложнения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения и дополнительной оплаты. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала ортодонтического лечения.

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного ортодонтического лечения является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариеса на зубах в зонах контакта с ортодонтической аппаратурой. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принять решение о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Контроль гигиены полости рта врач будет осуществлять по индексам гигиены.

Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к ортодонтическому аппарату происходит в течение 7-14 дней. За это время могут возникать болевые ощущения в области зубов верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губы и щеки, нарушение речи. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач-ортодонт сообщает до начала ортодонтического лечения. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные открытыми очагами инфекции. В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-стоматолога-терапевта.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в листе назначений. Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата и развития осложнений, несмотря на все усилия доктора и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения.

Я согласен(а) тщательно выполнять все рекомендации и понимаю, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения мной рекомендаций врача полностью ложится на меня.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения не может быть основанием для появления претензий. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов не носят изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом.

Вследствие этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск рецидива заболевания и необходимость избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат.

Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения носить ретенционные аппараты в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив зубочелюстной патологии. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложится на меня. Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

Я подтверждал(а), что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы, у меня не осталось невыясненных вопросов, я доверяю квалификации врача. С суммой и поэтапной формой оплаты согласен(на). Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Пациент (подпись) _____ (Фамилия И.О.) _____

Лечащий врач (подпись) _____ (Фамилия И.О.) _____