

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «Центр стоматологии»:  
Лечение с помощью съемных ортодонтических аппаратов.**

*На основании ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

Я, \_\_\_\_\_,  
обращаюсь в ООО «Центр стоматологии» для оказания мне/моему представляемому  
г.р. \_\_\_\_\_

стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я проинформирован(на) врачом-ортодонтом/миофункциональным терапевтом:

о медицинских показаниях к проведению мне (моему представляемому) ортодонтического лечения с помощью съемных ортодонтических аппаратов и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

Доктор \_\_\_\_\_ поставил мне \_\_\_\_\_ (моему представляемому) следующий диагноз:

- 
1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:
  - 1.1. Корректировать возникающие проблемы с прикусом у детей позволяют:
    - съемные ортодонтические пластинки (индивидуально изготовленные одно- или двучелюстные аппараты из пластмассы);
    - аппараты системы «Трейнер» и «Миобрейс» (каппы из мягкого силикона, способствующие правильному формированию прикуса, выравниванию зубов, нормализации глотания и дыхания);
    - **миофункциональная коррекция.**
  - 1.2. Лечение на съемных аппаратах (в большинстве случаев) является первым этапом ортодонтического лечения, для достижения красивой гармоничной улыбки может потребоваться второй этап - лечение с помощью брекетсистемы.
  - 1.3. Любое ортодонтическое лечение нацелено на сохранение здоровья зубов и создание красивой улыбки, тем не менее, оно имеет ограничения и потенциальные риски, которые необходимо учитывать перед принятием решения о начале лечения. Многие из них могут возникнуть и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их возникновения и развития выше.
  2. Мне известно, что существуют факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения.
  - 2.1. Предсказуемые факторы:
    - Регулярность посещений. Невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на результате.
    - Уход за аппаратурой, гигиена полости рта и соблюдение режима питания. Плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита, гингивита и декальцификации зубов (возникновения белых точек).
    - **Регулярное выполнение специфических миофункциональных упражнений, направленных на коррекцию орофациальных дисфункций.**
  - 2.2. Непредсказуемые факторы:
    - Вредные привычки. Ротовое дыхание, сосание пальцев или губы, сосание языка (ненормальное глотание) и другие необычные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение.
    - **Орофациальные дисфункции. Инфантильный тип глотания, нижнее или межзубное положение языка в состоянии покоя, нарушение тонуса оральной мускулатуры, ротовое дыхание могут препятствовать ортодонтическому лечению, влиять на наклон зубов, рост челюстей. Регулярное выполнение специфических миофункциональных упражнений способствует ускорению процесса ортодонтического лечения, достижению стабильности результатов лечения.**
    - Заболевания десен. Воспаление десен может начаться до начала лечения или развиваться во время него.

Качественная чистка зубов в домашних условиях и регулярное проведение комплекса профилактических процедур врачом помогут держать ситуацию под контролем.

- Необычные происшествия. Потеря или поломка аппарата, проглатывание частей аппарата, сколы зубов, микротрещины эмали, смещение реставраций.

3. Я предупрежден(-на), что:

- Во время адаптации к ортодонтической аппаратуре (одна-две недели) могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, нарушение речеобразования, другие явления дискомфорта.
- Активацию съемной аппаратуры необходимо проводить точно в сроки, указанные лечащим врачом; при невыполнении рекомендаций лечащего врача в период пользования съемными аппаратами срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.
- В период активного роста лицевого черепа может потребоваться повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. Повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно, согласно прейскуранту.

4. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость.

5. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Центр стоматологии», сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Я согласен (-на), что никто не может предсказать точный результат ортодонтического лечения по причине уникальности организма каждого и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом мне безусловно гарантировано:

- точность диагностики;
- выбор оптимальной аппаратуры для коррекции прикуса;
- улучшение эстетики и функций зубочелюстной системы.

6. Я понимаю, что:

- Для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; **консультация миофункционального терапевта**; консультация врача общего медицинского профиля.
- Условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.
- Значительные результаты лечения могут быть достигнуты только в тесном сотрудничестве пациента с врачом; удлинение времени лечения и/или компромиссные результаты лечения могут быть следствием слабого сотрудничества.

7. Я удостоверяю своей подписью, что:

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

8. Я так же даю согласие на использование врачом моих/лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

**Примечание:** согласие на проведение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных:

Факт законности представительства интересов

Подтвержден:

Врач:

/ \_\_\_\_\_ /

Пациент(представитель):

/ \_\_\_\_\_ /

Дата 202

