



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ

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

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество пациента)
являясь законным представителем ребенка \Patient\ (фамилия, имя, отчество
ребенка до 15 лет)
проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему
диагнозе _____.

(диагноз)

Я понимаю необходимость проведения ортодонтического лечения по восстановлению прикуса (взаиморасположения зубов в зубных рядах) в соответствии с планом лечения. Я получила(а) подробные объяснения по поводу заболевания и рекомендованного плана лечения.

Для ортодонтического лечения выбрана следующая конструкция (методика):

_____ (наименование манипуляций, этапов лечения, заполняется лечащим
врачом)

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, об индивидуальных возможностях исправления прикуса (в том числе о невозможности получения «идеальной улыбки»). Я понимаю, что результатом лечения является улучшение прикуса (взаиморасположения зубов по отношению к друг другу и зубному ряду другой челюсти). Я принимаю то, что точный результат изменения прикуса предсказать невозможно в силу особенностей протекания биологических процессов в организме

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса. Для нормализации прикуса иногда требуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения в процессе согласования Предварительного плана лечения.

Я понимаю, что одним из основных факторов лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. Я обязуюсь проводить (контролировать выполнение) специальный уход за зубами моему ребенку, согласно Памятке.

Я соглашаюсь с тем, что если при контроле гигиены полости рта (по индексам гигиены), врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, что может быть следствием несоблюдения мною правил личной гигиены полости рта, то врач-ортодонт на любом этапе лечения может диагностировать высокий риск возникновения осложнений и рекомендовать снятие ортодонтической системы по медицинским показаниям до завершения лечения, при этом деньги за предшествующее лечение мне не будут возвращены.

Я понимаю, что съемная ортодонтическая система - это инородное тело в полости рта, что привыкание к съемной ортодонтической системе требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения, врач проводит коррекцию системы в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Поэтому я соглашаюсь с тем, что если субъективно ребенок не сможет привыкнуть к съемной ортодонтической конструкции, то деньги за изготовление и постановку ортодонтической системы не возвращаются.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Я понимаю, что привыкание к несъемной ортодонтической системе происходит в течение нескольких недель. В это время могут возникать болевые ощущение в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Я предупрежден(а) о том, что при лечении с применением ортодонтической системы, возможно обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит). Я соглашаюсь проводить комплексное лечение ребенка у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я соглашаюсь после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течении всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за качеством фиксации ретенционного аппарата в полости рта будет осуществлять врач-ортодонт.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярно посещать врача-ортодонта в сроки, указанные врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения и влечет невозможность его завершения в срок.

Врач стоматолог объяснил мне, что на лечение не устанавливается гарантийный срок, поскольку отсутствуют о вещественные результаты оказанных услуг.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации ортодонтической системы (особенно при увеличении нагрузки и несоблюдении рекомендаций по уходу за зубами и ограничений в приеме пищи), в том числе отклеивание брекетов, перелом дуги, переломы и трещины в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, необходимость в приварке новых элементов. Все эти случаи не относятся к гарантийным случаям и ремонт ортодонтической системы оплачиваются отдельно.

Я внимательно ознакомился с настоящим Приложением и понимаю значение всех медицинских терминов и определений, использованных в данном документе, а также схему нумерации зубов и зубную формулу. Понимая сложность предстоящего лечения, на основе предоставленной мне врачом информации о здоровье ребенка и необходимости предстоящего лечения, я соглашаюсь на избранный метод лечения, добровольно отказавшись от предложенных альтернативных вариантов лечения, добровольно беру на себя риск возникновения вышеупомянутых осложнений и неблагоприятных последствий лечения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортодонтического лечения моему ребенку на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись представителя)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 20__ г