

**Информированное добровольное согласие  
пациента на ортодонтическое лечение  
Приложение**

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Мне \_\_\_\_\_

врач \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:** ребенок или лицо, признанное недееспособным

---

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

---

законным представителем которого является (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) года рождения, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

---

сообщил, что показано ортодонтическое лечение, включающее подготовку полости рта: санацию полости рта, лечение заболеваний пародонта.

1. Этот документ содержит необходимую для меня информацию для, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

2. 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 ортодонтической аппаратурой с эмалью зуба. 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.

3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит необходимую коррекцию аппаратуры.

4. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 7 - 14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области зубов верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки, нарушение речи. После периода адаптации неприятные ощущения проходят.

5. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач-ортодонт сообщил до начала ортодонтического лечения.

6. 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.

7. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-стоматолога-терапевта.

8. 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 развиться рецидив зубо-челюстной патологии. В любом случае, 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 стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложиться на меня. Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

9. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

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

11. Мне разъяснили и мне понятно предлагаемое лечение, и я согласен с ним. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению.

12. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие вопросы связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все вопросы я получил(а) ответы в доступной для меня форме.

13. Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента

(законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.