

**информированное добровольное согласие пациента на проведение  
ортодонтического лечения**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_

г.Томск

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №48, ст. 6724;2012, №26, ст. 3442,3446) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. №390( зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. №24082).

Я \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

являясь законным представителем ребёнка

\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество ребёнка, возраст)

находящегося на лечении в ООО стоматологической клинике «Нежность», по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта. получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

1. Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).
2. Я согласен на рентгенологическое обследование моего ребенка, необходимого для полноценного лечения.
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 коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.
4. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10 – 14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.
5. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуются удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.
6. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний 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 периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.
8. Я согласен(а), что после окончания активного периода лечения ребёнок должен носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае

может развиться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

9. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. 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 визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения у ребёнка.

11. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья (да, нет):

Гепатит \_\_\_\_\_

Туберкулез \_\_\_\_\_

СПИД \_\_\_\_\_

Вен.заболевания \_\_\_\_\_

Болезни крови \_\_\_\_\_

Аллергические реакции \_\_\_\_\_

12. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

13. Я согласен(а) с тем, что, если возникнут нежелательные последствия лечения, то они не могут признаваться как виновное причинения вреда здоровью пациента со стороны ООО стоматологическая клиника «Нежность»

14. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Подпись врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (полностью)