

**Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение
несовершеннолетнего (недееспособного)**

Я, , года рождения, являясь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) , года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования для оказания представляемому ортодонтической помощи в ООО «ХэлсМед».

Медицинский работник в доступной форме разъяснил мне цели и методы оказания ортодонтического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем ортодонтическом лечении, которая включает в себя: диагностику, установку ортодонтического аппарата, его активацию, активный период лечения, заключающийся в постоянном контроле зубочелюстной системы и коррекции ортодонтического аппарата врачом, снятии ортодонтического аппарата и период закрепления результата ортодонтического лечения (ретенционный период). Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение представляемому

(полное наименование ортодонтического лечения)

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение. Я информирован(а), что целью ортодонтического лечения является исправление и предупреждение нарушения положения зубов, аномалий прикуса, нормализация жевания. Я информирован(а), что альтернативой ортодонтическому лечению является ортопедическое лечение. Я информирован(а), что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед лечением, так и в процессе ортодонтического лечения. Я информирован(а), что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. Я предупреждён(а) и осознаю, что отказ от лечения и рекомендаций могут осложнить в будущем процесс лечения и вернуть зубочелюстную систему к первоначальному состоянию и даже ухудшить его. Я информирован(а), что нельзя проводить ортодонтическое лечение в следующих случаях: неудовлетворительная гигиена полости рта, выраженные воспалительные процессы зубочелюстной области, психические заболевания, аллергические заболевания в тяжелой форме, некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях. Я информирован(а), что перед началом ортодонтического лечения необходимо сделать рентген-диагностику, фотографирование, снятие слепков, а также необходимо санировать полость рта: вылечить зубы, пародонт, провести профессиональную гигиену полости рта. Я информирован(а), что ортодонтическое лечение может быть связано с дискомфортом. В период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, а при лечении на лингвальной брекет-системе нарушение дикции, затрудненный прием пищи. Ортодонтическое лечение по своей сути связано с перемещением зубов при механическом воздействии на них ортодонтической аппаратуры или с коррекцией роста челюстей. Поэтому срок лечения зависит от биологических факторов и не может быть уменьшен только по желанию пациента. Врач-ортодонт планирует полное ортодонтическое лечение для достижения наилучшего результата, включая эстетическую коррекцию, восстановление полноценной функции жевания, коррекцию состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Я информирован(а), что в процессе ортодонтического лечения может потребоваться использование дополнительной аппаратуры, такой как лицевая дуга, лицевая маска, губной бампер, трейнеры и т.п. Я информирован(а), что сразу же после снятия брекет-системы в полость рта обязательно устанавливается удерживающая (ретенционная) аппаратура. Это связано с возможным рецидивом

ортодонтической патологии, что обусловлено особенностями зубочелюстной системы человека. Я информирован(а), что присутствие в полости рта удерживающей аппаратуры не гарантирует предотвращение смещения зубов. Чтобы вовремя заметить смещение и принять меры для предотвращения дальнейших нежелательных изменений, необходимо посещать врача-ортодонта в назначенное им время.

Я информирован(а), что если представляемому требуется протезирование, то это необходимо сделать сразу же после снятия брекет-системы. Я информирован(а), что во время лечения несъемной ортодонтической аппаратурой (брекет-система) необходимо соблюдать правила приема пищи: отказаться от жесткой пищи, такой как косточки, орешки, сухари и т.п., ничего не откусывать, всю пищу резать ножом или отламывать. Я информирован(а), что необходимым условием для проведения качественного ортодонтического лечения и для предотвращения осложнений является соблюдение гигиенических правил. Необходимо чистить зубы после каждого приема пищи (если нет возможности почистить зубы, необходимо прополоскать полость рта) с использованием зубных щеток, ершиков и суперфлосса. Я информирован(а), что в редких случаях есть вероятность развития осложнений по независящим от врача причинам, как во время и так после ортодонтического лечения, а именно: возникновение кариеса зубов и его осложнений; пульпит, периодонтит; обострение хронических воспалительных заболеваний зубочелюстной системы (пульпит, периодонтит, пародонтит, гингивит и т.д.); сколы эмали, пломб, выпадение пломб в процессе ортодонтического лечения; откол стенки зуба или корня в процессе снятия брекетов; перелом коронки или корня ранее депульпированного зуба, зуба со вкладкой или штифтом; увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти, возникновение или усугубление рецессии десны; обнажение, повреждение корня зуба, резорбция корней зубов; невозможность перемещения зубов вследствие анатомических особенностей; подвижность зубов; выпадение зубов в связи с особенностями строения пародонта; необходимость в удалении зубов по абсолютным медицинским показаниям; боли в зубах и деснах; дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц; при наличии ретенированных зубов необходимость неоднократного хирургического вмешательства; невозможность его перемещения вследствие анкилоза, оголение корня ретенированного зуба, увеличение объема костной ткани вокруг зуба, неполноценность твердых тканей ретенированного зуба, невозможность установление ретенированного зуба в зубной ряд, рассасывание корня ретенированного зуба; невозможность полного закрытия промежутков между зубами; нарушение функции речи; отклеивание брекетов; травмирование губ, десен, языка и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами; поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей; аллергические реакции; необходимость повторной установки имплантата; поломка ортодонтического аппарата; рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы. Данные обстоятельства способны повлиять на сроки и исход лечения, потребовать изменение плана лечения. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а), что ортодонтическое лечение является длительным, что ожидаемый результат может не совпадать с полученным результатом и точно предсказать его невозможно, в связи с тем, что специфика данной медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой. И в таких случаях я не буду предъявлять претензий к лечащему меня врачу и к медицинской организации. Я поставил(а) в известность врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне заболеваниях, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности представляемого, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я доверяю лечащему врачу и даю своё согласие принимать любые решения и медицинские действия, основанные на его профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить все рекомендации, которые врач сочтёт необходимыми для

проведения настоящего лечения. Я информирован(а) о необходимости контрольного осмотра в назначенное время для выявления и предупреждения возможных осложнений. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на ортодонтическое лечение представляемого в предложенном объёме.

Законный представитель _____

Врач _____

Дата _____