

**Информированное добровольное согласие  
на ортодонтическое лечение в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона № 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 \_\_\_\_\_  
(ФИО Пациента/Представителя пациента)

Проинформирован (а) о поставленном диагнозе (кому): \_\_\_\_\_  
(ФИО Пациента)

Диагноз: \_\_\_\_\_

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

Я выбираю следующую ортодонтическую конструкцию: \_\_\_\_\_  
(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 друг к другу и зубному ряду другой челюсти). Я соглашаюсь с тем, 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, 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 правил личной гигиены полости рта, то врач-ортодонт на любом этапе лечения может диагностировать высокий риск возникновения осложнений и рекомендовать снятие ортодонтической системы, 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 Пациент не сможет привыкнуть к съёмной ортодонтической конструкции, то деньги за изготовление и установку ортодонтической системы не возвращаются.

Я понимаю, что привыкание к несъёмной ортодонтической системе 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.

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

Я соглашаюсь после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение 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.

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, указанных в Памятке), в том числе перелом, трещина 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 должен быть оплачен отдельно.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял (а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента/Представителя пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Фамилия И.О. врача)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год.