

*При обращении пациента, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, медицинское вмешательство осуществляется только с согласия одного из его родителей (иного законного представителя).

Информированное добровольное согласие на лечение с помощью съемных ортодонтических аппаратов

1. Я проинформирован(на) врачом-ортодонтом:

(Ф.И.О. медицинского работника)

о медицинских показаниях к проведению мне/лицу, в интересах которого дается ИДС (нужное подчеркнуть)

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС)

ортодонтического лечения с помощью съемных ортодонтических аппаратов и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Корректировать возникающие проблемы с прикусом у детей позволяют:

- **съемные ортодонтические пластинки** (индивидуально изготовленные одно- или двучелюстные аппараты из пластмассы);
- **аппараты системы «Трейнер» и «Миобрейс»** (каппы из мягкого силикона, способствующие правильному формированию прикуса, выравниванию зубов, нормализации глотания и дыхания).

2.2. Лечение на съемных аппаратах (в большинстве случаев) является первым этапом ортодонтического лечения, для достижения красивой гармоничной улыбки может потребоваться второй этап – лечение с помощью брекет-системы.

2.3. Любое ортодонтическое лечение нацелено на сохранение здоровья зубов и создание красивой улыбки, тем не менее, оно имеет ограничения и потенциальные риски, которые необходимо учитывать перед принятием решения о начале лечения. Многие из них могут возникнуть и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их возникновения и развития выше.

3. Мне известно, что существуют факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения.

3.1. Предсказуемые факторы:

- **Регулярность посещений.** Невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на результате.
- **Уход за аппаратурой, гигиена полости рта и соблюдение режима питания.** Плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита, гингивита и декальцификации зубов (возникновения белых точек).

3.2. Непредсказуемые факторы:

- **Вредные привычки.** Ротовое дыхание, сосание пальцев или губы, сосание языка (ненормальное глотание) и другие необычные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение.
- **Заболевания десен.** Воспаление десен может начаться до начала лечения или развиваться во время него. Качественная чистка зубов в домашних условиях и регулярное проведение комплекса профилактических процедур врачом помогут держать ситуацию под контролем.
- **Необычные происшествия.** Потеря или поломка аппарата, проглатывание частей аппарата, сколы зубов, микротрещины эмали, смещение реставраций.

4. Я предупрежден(-на), что:

- во время адаптации к ортодонтической аппаратуре (одна-две недели) могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, нарушение речеобразования, другие явления дискомфорта;
- активацию съемной аппаратуры необходимо проводить точно в сроки, указанные лечащим врачом;
- при невыполнении рекомендаций лечащего врача в период пользования съемными аппаратами срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными;
- в период активного роста лицевого черепа может потребоваться повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. Повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно, согласно прейскуранту.

5. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость.

6. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Ортодонтический центр «Барракуда», **сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

Я согласен (-на), что никто не может предсказать точный результат ортодонтического лечения по причине уникальности организма каждого и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом **мне безусловно гарантировано:**

- точность диагностики;
- выбор оптимальной аппаратуры для коррекции прикуса;
- улучшение эстетики и функций зубочелюстной системы.

7. Я понимаю, что:

- для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля;
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача;
- значительные результаты лечения могут быть достигнуты только в тесном сотрудничестве пациента с врачом; удлинение времени лечения и/или компромиссные результаты лечения могут быть следствием слабого сотрудничества;

8. Я удостоверяю своей подписью, что:

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- *я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.*

9. Я так же даю согласие на использование врачом моих/лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Подпись врача:

_____/_____
(Фамилия Имя Отчество)

Подпись пациента:

_____/_____
(Фамилия Имя Отчество)

Подпись законного представителя:

_____/_____
(Фамилия Имя Отчество)

Дата _____