

## Информированное добровольное согласие на снятие ортодонтической аппаратуры и изготовление съёмного / несъёмного ретейнера

г. Москва

Дата Заключения Договора

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

**Я, Законный Представитель,**  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

**Фамилия Имя Отчество Пациента**  
(Ф.И.О. пациента)

**настоящим подтверждаю**, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме мне лечащим врачом была предоставлена вся интересующая меня информация об окончании / прерывании ортодонтического лечения у представляемого(ой) с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач осмотрел полость рта и разъяснил (на основании данных диагностики) преимущества и сложности выбранного метода лечения, а также возможные последствия отказа от него.

**Я согласен(на)** на снятие несъёмной ортодонтической аппаратуры, так как меня устраивает полученные эстетический и функциональный результат лечения у представляемого(ой). Также я проинформирован(а) врачом-ортодонтом, что после окончания основного (лечебного) этапа ортодонтического лечения, следует ретенционный этап, достаточный для закрепления достигнутого результата лечения, в течение которого необходимо носить ретенционный (несъёмный/съёмный) аппарат. В качестве ретенционного аппарата возможно использование собственно ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление нового съёмного или несъёмного, одно- или двучелюстного аппарата. Также возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов.

**Несъёмный ретенционный аппарат (ретейнер)** - это проволочная дуга из медицинской стали, которая крепится к внутренней поверхности зубов.

**Съёмные ретенционные конструкции** бывают следующих видов:

- **Изготовленные в зуботехнической лаборатории ретенционные пластинки**, состоящие из пластмассового базиса и удерживающих элементов;
- **Силиконовые капы** - мягкие конструкции;
- **Пластмассовые капы** - прозрачные накладки на зубы, изготавливаемые по индивидуальной модели.

Сроки и режим ношения ортодонтических ретенционных аппаратов устанавливается лечащим врачом-ортодонтом.

**Мне разъяснено и понятно**, что съёмные конструкции могут быть заметны окружающим, а первое время влияют на дикцию и вызывают повышенное слюноотделение.

**Я предупрежден(а) врачом о том**, что в случае отклейки/поломки ретейнера, необходимо не позднее трёх дней посетить клинику для починки ретейнера. Я соглашаюсь с тем, что при обращении в более поздний срок после отклейки/поломки, возможно развитие рецидива (в виде частичной или полной потери достигнутого результата), который не является гарантийным случаем.

**Мне понятно**, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов). Поэтому, при возникновении аллергической реакции и невозможности использования ретенционной ортодонтической аппаратуры и её снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по ортодонтическому лечению или ретенционному периоду выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

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

Понимая, что результат ортодонтического лечения и возникновение осложнений главным образом зависит от выполнения всех рекомендаций врача и соблюдения гигиенических мероприятий, я возлагаю на себя обязательства по контролю соблюдения всех вышеизложенных особенностей лечения у представляемого(ой), питания и ухода за зубами с ретенционной ортодонтической аппаратурой.

**Денежные средства, уплаченные за ортодонтическую коррекцию ортодонтическими аппаратами (конструкциями) надлежащего качества, к ношению которых Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие отсутствия вины ООО «СТОМСТУДИЯ» в невозможности Пациента приспособиться к ношению таких конструкций.**

**Я предупрежден(а) врачом о том, что осложнением назначенного лечения могут быть: очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии.**

Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации ортодонтической конструкции, ее деформация и перелом. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки. При наличии психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения ортодонтического лечения являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «СТОМСТУДИЯ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении представляемому(ой) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства  
\_\_\_\_\_ (подпись)