

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 снятия, 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 осложнениями 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 шлифовки. 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)