Общество с ограниченной ответственностью
“Точная стоматология”
ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1, офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ортодонтическое лечение

г. Краснодар «___»_____202____г.

Я,

_____

(Ф.И.О -полностью, контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____

(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства мне\лицу, интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) **проведение медицинского вмешательства – ортодонтическое лечение _____**

(указать диагноз, № зуба)

Медицинский работник_____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) и согласен (согласна) с предлагаемым лечением.

Перед началом лечения я должен(а) пройти обычную процедуру предварительного ортодонтического обследования, которая включает в себя слепки, модели челюстей, рентген и фотоснимки. На основании диагностики лечащий врач составит план лечения.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений.

Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов оказания ортодонтических услуг делает врач и согласовывает с пациентом в предварительном плане лечения.

Во время и после лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, в частности такие как: кариес зубов и его осложнения, отклеивание брекетов, обострения заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, рецессия десны. Конструкции ортодонтических аппаратов могут быть случайно проглочены.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская манипуляция не может иметь 100% гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения вида, срока и стоимости лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании лечения, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

В некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции со слизистой и костной тканью.

Как и любое медицинское вмешательство, ортодонтическое лечение может сопровождаться определенными рисками и неудобствами, перечисленными ниже:

1. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием ортодонтических аппаратов или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;
2. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения.
3. Ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные имплантаты.

Пациент (Представитель)_____

4. После окончания лечения зубы (в том числе с зафиксированными на них ортопедическими конструкциями) могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать рецидивы и дальнейшее перемещение зубов; ношение ретейнеров в отдельных случаях может быть пожизненным.
5. Ортодонтически аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтическими аппаратами, должно исчезнуть в течение нескольких недель;
6. Ортодонтически аппараты могут временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;
7. Аттачменты и прочие конструкции могут быть установлены на один и более зубов во время лечения;
8. Зубы могут подвергаться пришлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;
9. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может понадобиться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются дополнительно;
10. При лечении ортодонтическими аппаратами могут понадобиться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;
11. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться «черные треугольники», требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
12. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения;
13. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;
14. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;
15. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения;
16. В процессе ортодонтического лечения может возникать резорбция корней зубов и кости;
17. В случае выраженной скученности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность осложнений лечения и поломки изделия;
18. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям;
19. При перемещении зубов с помощью отодонтических конструкций может происходить рецессия десны, что в будущем, возможно, потребует ее хирургической коррекции путем пересадки соединительнотканного лоскута, костной и мягкотканой пластики и может привести к удалению зуба.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы относительно предстоящего медицинского вмешательства и получил на них исчерпывающие ответы.

Я поставлен(а) в известность о том, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Правилам оказания платных стоматологических услуг, с которым я был ознакомлен до начала лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат не гарантирован и может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения и точно предсказать его невозможно.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов, которое необходимо для завершения комплексного плана лечения. Мероприятия по лечению и протезированию зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортодонтического лечения и после него. Отказ от дополнительных услуг, необходимых для успешной реализации ортодонтического лечения может послужить причиной невозможности завершения лечения.

Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, а также для контроля и фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием, третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу – участнику консилиума или врачебной комиссии, а также персоналу клиники.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Я уведомлен(а), что отклеивание брекетов, коррекции съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от составных элементов аппаратов, являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Пациент (Представитель)_____

Разрешаю проведение всего необходимого комплекса ортодонтического лечения, включая проведение соответствующих диагностических мероприятий и процедур, всякий раз, когда это необходимо.

Я понимаю, что цели лечения могут быть достигнуты только через совместное сотрудничество лечащего врача и пациента (или родителей при лечении несовершеннолетних). Во многих случаях, при недостаточном сотрудничестве, касающегося нарушения графика назначений, не соблюдения мягкой диеты, ношения межчелюстных эластиков, адекватной гигиены полости рта с использованием специальных щеток и флоссов и, наконец, последующего ношения ретейнера, цели лечения могут быть не достигнуты. Я понимаю также, что ответственен за установленные графиком встречи.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Меня уведомили, что медицинская организация и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновения аллергических реакций и явлений гальванизма.
3. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и условий Договора на оказание медицинских услуг.
4. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонта, порчи и исправления любых элементов ортодонтической конструкции самим пациентом.
6. Истечения срока гарантии и срока службы на результаты оказанных услуг.
7. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты. Я предупрежден(а) и понимаю, что несмотря на то, что **ортодонтическое лечение** имеет высокий процент клинического успеха, ввиду специфики медицинской деятельности, индивидуальных особенностей организма в целом, которые присутствуют у каждого человека, а также в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, невозможно предоставить мне (представляемому) стопроцентной гарантии положительного результата даже при идеальном выполнении всех этапов процедуры.

Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в полном\частичном выздоровлении, устранении дефекта, восстановлении, улучшении внешнего вида, функции так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я подтверждаю, что 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 и даю добровольное информированное согласие на проведение мне в ООО «Точная стоматология» **ортодонтическое лечение**

_____

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения, в спокойном состоянии, не под влиянием аффекта.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ Лечащим врачом.

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства, о чём расписывается собственноручно.

_____ _____ _____

(подпись) *(ФИО)* *(дата)*

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры - **ортодонтическое лечение***, дал ответы на все вопросы.*

Медицинский работник: _____ ФИО_____(подпись)

Пациент (Представитель)_____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
ортодонтическое лечение

Лист подтверждения ознакомления с содержанием и выражения согласия с мед\вмешательством:

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О (полностью), должность и подпись медицинского работника Я свидетельствую, что разъяснил(а)пациенту суть, ход выполнения, риски альтернативу проведения предстоящего мед.вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы	Ф.И.О (полностью), и подпись пациента/законного представителя Я принимаю решение и выражаю свое согласие приступить к лечению на предложенных условиях

Пациент (Представитель)_____