

Информированное согласие
на ортодонтическое лечение

Мне, _____ врачом
_____, предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортодонтическом лечении.

Ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения зубов в зубных рядах, нарушение окклюзий (смыкания зубов) и связанного с этим внешнего вида в целом. В случае отказа от предложенного лечения мое стоматологическое здоровье может ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно и не только) осложнений ортодонтической патологии:

- кариес, клиновидные дефекты, патология стираемости зубов;
- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей, появление промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);
- неполноценное функционирование зубочелюстной системы из-за неправильного прикуса влечет за собой преждевременную потерю зубов и/или костной ткани;
- нарушения в деятельности жевательных мышц, боли;
- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и болевым синдромом;
- нарушение функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

Меня информировали о всех возможных альтернативных методах лечения.

Я уведомлен(а) о том, что имеющиеся у меня вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии моего заболевания, и что отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения. Невыполнение рекомендаций врача сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата, несмотря на все усилия врача и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен(а) тщательно и скрупулезно выполнять рекомендации врача в процессе проводимого для меня лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата. Я согласен(а) с тем, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения или неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

Если в процессе ортодонтического лечения возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от врача принятия решения, либо проведения дополнительных манипуляций в добавление к перечисленным здесь, я прошу и уполномочиваю врача сделать то, что он сочтет необходимым в такой ситуации.

Я проинформирован(а) о ретенционном периоде, в течение которого я обязуюсь носить ретенционный аппарат и соблюдать все назначения врача.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и

деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Впоследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на обеспеченное им качественное лечение. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложиться на меня.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО «Виктория Дент».

(подпись пациента)