

Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение с применением самолигирующих (безлигатурных) брекет-систем

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____

(Ф.И.О. полностью)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка): _____

дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» даю информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение с применением самолигирующих (безлигатурных) брекет-систем.

Брекеты - небольшие замочки, изготовленные в заводских условиях из разных гипоаллергенных материалов (металлические, керамические, пластиковые, сапфировые, комбинированные брекет-системы), имеют стандартные размеры и основание, повторяющее форму наружной поверхности зубов, на которые они устанавливаются.

Альтернативные варианты: отказ от медицинского вмешательства; установка лигатурных систем, съемной ортодонтической аппаратуры.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом медицинском вмешательстве и его методе: перед началом лечения пациент проходит обследование (консультации врача-ортодонта, опрос, осмотр, сбор анамнеза и жалоб, определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти, функциональные и рентгенологические обследования: снятие слепков, фото протокол, расчёт диагностических моделей, рентген-диагностика, миография, мануальный функциональный анализ, антропометрический анализ, внутривисочное сканирование, определение конструктивного прикуса, регистрация положения верхней челюсти при помощи лицевой дуги, гипсовка моделей в артикуляторе, составление плана лечения и т.п., в зависимости от патологии заболевания). Врач-ортодонт проводит анализ полученных результатов обследования, обсуждает с пациентом (законным представителем) задачи и цели лечения, возможные риски, а также определяет вид брекет-системы.

Я уведомлен(а) о необходимости проведения санации полости рта, т.е. лечения имеющихся заболеваний (кариес, пульпит и т.д.) и выполнение гигиенических и профилактических мероприятий (чистка зубных отложений, фторирование зубов и т.д.), которые проводятся соответствующими специалистами. Мне понятно, что в некоторых случаях для успешного проведения ортодонтического лечения необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов; пластика уздечек губ и языка; обнажение ретинированного зуба; углубление преддверия полости рта и т.д. Для перемещения зубов и создания пространства может потребоваться шлифовка, которая обычно не приводит к каким-либо негативным последствиям. Необходимость шлифовки определяет лечащий врач. Я даю свое разрешение на проведение эстетического контурирования (шлифовки, сепарации) зубов на всех этапах лечения. Проинформирован(а) о показаниях и о методике проведения данной манипуляции

Брекеты фиксируются специальным ортодонтическим клеем на каждый зуб отдельно или с помощью переносной каппы на весь зубной ряд, устанавливается дуга и с этого момента начинается ортодонтическое лечение.

Я уведомлен(а), что ортодонтическое лечение включает в себя установку, снятие брекет-системы и ретенционный период (период закрепления результата лечения), а также динамическое наблюдение врачом-ортодонтом с проведением необходимых диагностических и лечебных мероприятий, в том числе будет осуществляться смена дуг и силовых элементов.

Я уведомлен(а), что ортодонтическое лечение проводится длительное время в зависимости от сложности заболевания и степени выраженности исходной патологии, возраста пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сроков активного периода лечения, наличия общесоматических заболеваний, конструктивных особенностей используемого ортодонтического аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача. В связи с этим длительность ортодонтического лечения не может быть установлена точно, ориентировочно она указывается в плане лечения. Ортодонтическое лечение может дополняться физиотерапией, ношением внеротовой аппаратуры, установкой врачом-стоматологом-хирургом ортодонтических мини винтов. Ортодонтическое лечение может прерываться на период прорезывания отдельных зубов, а также для

проведения профилактических и лечебных мероприятий. Существует вероятность того, что во время выполнения плана лечения могут возникнуть необходимость в частичном или полном изменении его, включая дополнительные врачебные процедуры, которые, в силу особенностей моего организма, невозможно было достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я уведомлен(а) о необходимости ретенционного периода, направленного на удержание зубов в нужном положении до полной стабилизации прикуса. При этом необходимо ношение одночелюстного или двухчелюстного ретенционного аппарата (съёмного или несъёмного) в течение срока, необходимого для закрепления результатов ортодонтического лечения и поддержания зубов ровными в отдаленные сроки (возможно пожизненно). Длительность ретенционного периода индивидуальна и зависит от многих факторов, в связи с чем наличие гарантийных обязательств и гарантийных сроков по данному виду лечения невозможно. Сохранение ровных зубных рядов возможно только в период ношения ретенционного аппарата. Сроки ретенционного периода разъяснены мне до начала лечения. Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имеющейся аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса уже после снятия брекетов), привести к необходимости повторного лечения. После ортодонтического лечения возможно ухудшение состояния окружающих зубы кости и десен, особенно если патологическое состояние уже существовало ранее, но не проявлялось.

Я проинформирован(а) о необходимости проведения рационального протезирования зубов (включая имплантацию, вкладки, коронки на депульпированные зубы и пр.) после завершения ортодонтического лечения с целью стабилизации полученного результата ортодонтического лечения и оптимизации функции. Я осознаю, что после проведения ортодонтического лечения возможна коррекция или замена пломб, для улучшения окклюзионных, контактных взаимоотношений, а также восстановления эстетики зубов.

Мне понятно, что ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные импланты, что может ограничить возможности восстановления прикуса. Также мне объяснили, что на зубочелюстную систему и на перемещение зубов оказывают влияние некоторые соматические и эндокринные заболевания, прием разнообразных медицинских препаратов (антибиотиков, бисфосфонатов, иммунодепрессантов, анаболических препаратов и других).

Цель ортодонтического лечения: возможная коррекция положения зубов в зубных рядах, характера их смыкания (прикуса) и связанного со всем этим внешнего вида пациента в целом.

Основными последствиями отказа от медицинского вмешательства могут быть: в случае отказа от предложенного лечения, стоматологическое здоровье пациента будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно – и иных) факторов риска для здоровья пациента: кариес зубов; поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей; нарушение окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов; преждевременная потеря зубов и/или костной ткани; нарушения в деятельности жевательных мышц; поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможно болевым синдромом; стираемость эмали зубов; нарушение носового дыхания, речи и внешнего вида в целом.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время установки брекет-системы могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: брекет-система - это инородное тело в полости рта и требует привыкания. В первые несколько дней после фиксации брекет-системы, смены дуг может возникать дискомфорт, болезненность при разговоре, еде, проведении гигиенических процедур полости рта, натирание слизистой оболочки губ и щек. В период ношения брекет-системы может возникнуть повышенная чувствительность зубов, травмирование губ, щек, языка; появление или усиление подвижности зубов; болевые ощущения; временное ухудшение положения зубов; нарушение функции речи, жевания, глотания; развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен; образование или усиление рецессий (оголение шейки зуба); сколы или потеря пломб, а также сколы, потеря, смещение или расцементировка ортопедических конструкций; сколы эмали. Меня также проинформировали, что в некоторых случаях встречается невозможность полного закрытия промежутков от удаленных зубов или невозможность перемещения зуба, связанная с индивидуальными особенностями строения костной ткани; в очень редких ситуациях может быть рассасывание корней зубов и костной ткани. Состояние травмированного или ранее леченного зуба может ухудшаться при ортодонтическом лечении. В некоторых случаях это может потребовать дополнительного эндодонтического и ортопедического лечения. У некоторых пациентов длина корней зубов в ходе ортодонтического лечения может уменьшиться. В период проведения манипуляций в полости рта, местной анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, коррективки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных

материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи. Существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов). При возникновении аллергической реакции и невозможности пользования ортодонтической аппаратурой требуется ее снятие, при этом медицинские услуги по ортодонтическому лечению считаются оказанными надлежащего качества и стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я осознаю, что во время лечения может возникать или усиливаться выраженность дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которая может быть проявлением или являться одним из симптомов других заболеваний (эндокринные нарушения, системные заболевания соединительной ткани, инфекционные заболевания суставов, аутоиммунные полиартриты, травмы, заболевания позвоночника, невриты лицевого и тройничного нервов, заболевания уха, заболевания сосудов головы и шеи, психосоматические, психиатрические состояния и другое). Признаки краниомандибулярной дисфункции, дисфункции ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава), парафункции жевательных мышц могут сопутствовать зубочелюстным аномалиям как до ортодонтического лечения, так и проявляться во время лечения или после его окончания (проявление скрытых – врожденных или сформированных до начала ортодонтического лечения – морфологических изменений). Эти признаки могут менять свою интенсивность в сторону уменьшения или усиления. В последнем случае требуются дополнительные обследования и лечение.

Я проинформирован(а), что при перемещении в зубной ряд ретенированных зубов (зуб, который не прорезался и находится в толще костной ткани) может возникнуть необходимость в оказании дополнительных платных медицинских услуг, возможны повторные хирургические обнажения коронок таких зубов; удаление избытка мягких тканей, появляющегося как реакция на перемещение зубов; повторные фиксации ортодонтических элементов; в некоторых случаях при перемещении ретенированных зубов возможны оголение его корня, в редких случаях требуется депульпирование перемещаемых зубов; в особо редких случаях наблюдается рассасывания корня ретенированного зуба и (или) соседних зубов в процессе перемещения. Я предупрежден(а), что в некоторых случаях при неблагоприятном положении ретенированного зуба или сращение корня зуба с костной тканью (анкилоз) невозможно гарантировать перемещение зуба в зубную дугу, в этом случае решается вопрос о его удалении с последующим протезированием. Я понимаю, что при перемещении ретенированных зубов возможно удлинение сроков лечения и по завершении активного периода ортодонтического лечения необходима длительная ретенция и наблюдение у врача-пародонтолога.

Врач проинформировал меня об особенностях перемещения депульпированных зубов (зубы с удаленными нервами): изменении цвета депульпированных зубов. Повторное эндодонтическое лечение этих зубов возможно на всех этапах ортодонтического лечения. Возможны осложнения, не связанные с ортодонтическим лечением, обострение хронического процесса (отек мягких тканей и болевой синдром); в тяжелых случаях возможно удаление зуба с дальнейшим протезированием. Я понимаю, что из-за повышенной хрупкости депульпированных зубов возможны сколы пломб и стенки зуба, а также перелом корня у зубов с вкладками или штифтами как во время ортодонтического лечения, так и при снятии брекет-системы. Меня предупредили о возможности изготовления временных или постоянных коронок на депульпированные зубы.

Я проинформирован(а), что во время ортодонтического лечения необходимо регулярно проводить профессиональную гигиену полости рта по графику, рекомендованному врачом-ортодонтом, но не реже 4-х раз в год. При несоблюдении рекомендаций по гигиене полости рта и употреблении пищи со значительным содержанием сахара и газированных напитков возможны осложнения: деминерализация эмали, появления пятен на зубах, кариес зубов, гингивит (воспаление десны). Я соглашаюсь с тем, что если при контроле гигиены полости рта (по индексам гигиены), лечащий врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, то на любом этапе лечения из-за высокого риска возникновения осложнений, мне будет рекомендовано снятие ортодонтического аппарата, при этом деньги за оказанные услуги не возвращаются. Я уведомлен(а), что отклеивание брекетов, поломка элементов ортодонтической конструкции, травмирование слизистой оболочки полости рта являются конструктивной особенностью ортодонтических конструкций и не относятся к недостаткам оказанных услуг.

Предполагаемые результаты: коррекция положения зубов в зубных рядах. Гарантировать результат ортодонтического лечения невозможно. Ортодонтия не является точной наукой, поэтому ни медицинская организация, ни врач-ортодонт не могут гарантировать какой-либо определенный результат в силу особенностей протекания биологических процессов в организме. Лечение на брекет-системе прекращается в плановом порядке, если достигнут желаемый результат, и Пациент им удовлетворен, о чем делается запись в медицинской карте. Я понимаю, что качество лечения зависит от регулярности посещения врача-ортодонта и соблюдения правил гигиены полости рта и пользования аппаратурой.

Я проинформирован(а) о правилах использования, гигиеническом уходе за ортодонтическим аппаратом. Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций возможны поломки. Замена или починка элементов брекет-системы производится по действующему прейскуранту. Я уведомлен(а), что брекет-система является временной конструкцией, используемой на этапе ортодонтического лечения, и не имеет гарантийных сроков и сроков службы.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора брекет-системы, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 "О защите прав потребителей", в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на ортодонтическое лечение с применением самолигирующих (безлигатурных) брекет-систем на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для ортодонтического лечения требуются многократные посещения в течение длительного времени в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен на ортодонтическое лечение с применением самолигирующих (безлигатурных) брекет-систем:

Пациент

(законный представитель):

(Фамилия, инициалы пациента/законного представителя)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления:
