

Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение (ретенционный этап)

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 ретенционный этап ортодонтического лечения.

Я уведомлен(а) лечащим врачом о завершении ортодонтического лечения и необходимости снятия ортодонтической аппаратуры.

Я согласен(на) со снятием ортодонтической аппаратуры и установкой ретенционного аппарата в связи с началом ретенционного этапа лечения. Меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат проведенного мне ортодонтического лечения.

Альтернативные варианты: отказ от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом медицинском вмешательстве и его методе: мне разъяснено и понятно, что после снятия ортодонтического аппарата необходимо изготовить новый съемный или несъемный, одно- или двучелюстной ретенционный аппарат. Также возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Ретенционный аппарат может представлять из себя металлические дуги (проволоки) либо прозрачные капы или пластинки, изготовленные в лаборатории индивидуально для пациента, которые фиксируются на зубы. Как правило, врач-ортодонт фиксирует несъемный ретенционный аппарат на внутреннюю поверхность зубов обеих челюстей. Ретенционный аппарат подлежит замене ориентировочно 1 раз в 2 года, капа – 1 раз в год. Частота замены аппарата определяется индивидуально по медицинским показаниям. Я уведомлен(а), что замена ретенционного аппарата оплачивается по ценам, указанным в действующем прейскуранте Исполнителя на дату оказания услуги. Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует сохранение достигнутого результата лишь при правильном использовании и уходе. Также я уведомлен(а), что на ретенционном этапе необходимы обязательные контрольные посещения врача-ортодонта для контроля и коррекции ретейнеров с периодичностью, рекомендованной лечащим врачом.

Я уведомлен(а), что ретенционный этап может длиться как несколько лет, так и пожизненно – в зависимости от сложности заболевания и степени выраженности исходной патологии, возраста пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, наличия общесоматических заболеваний, конструктивных особенностей используемого аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача. В связи с этим длительность ретенционного этапа ортодонтического лечения не может быть установлена точно. Существует вероятность того, что во время ретенционного этапа может возникнуть необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые, в силу особенностей моего организма, невозможно было достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Цель ретенционного этапа: стабилизация достигнутых в ходе ортодонтического лечения результатов.

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: рецидив имеющейся аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса после снятия ортодонтической аппаратуры), усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия, в том числе необходимость повторного ортодонтического лечения.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время установки ретенционного аппарата 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: ретенционный аппарат - это инородное тело в полости рта и требует привыкания. В период фиксации и ношения аппарата возможна индивидуальная аллергическая реакция (непереносимость отдельных материалов, лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения); болезненность, дискомфорт; осложнения в виде затрудненной адаптации к аппарату (чувство тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания); при несоблюдении рекомендаций по гигиене полости рта и употреблении пищи со значительным содержанием сахара и газированных напитков возможны осложнения: нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышенная чувствительность зубов), развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен; образование или усиление рецессий (оголение шейки зуба); поломка ретенционного аппарата, попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт (вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов и др.); частичная или полная потеря достигнутого результата (вследствие несоблюдения требований к ретенционному периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача, несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата). При возникновении аллергической реакции и невозможности пользования ретенционной аппаратурой требуется ее снятие, при этом медицинские услуги по ортодонтическому лечению считаются оказанными надлежащего качества и стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я проинформирован(а), что во время ретенционного этапа ортодонтического лечения необходимо регулярно проводить профессиональную гигиену полости рта по графику, рекомендованному врачом-ортодонтом, но не реже 2-х раз в год. 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 ретенционного аппарата, при этом деньги за оказанные услуги не возвращаются. Я уведомлен(а), что отклеивание, поломка элементов ортодонтической конструкции, травмирование слизистой оболочки полости рта являются конструктивной особенностью ортодонтических конструкций и не относятся к недостаткам оказанных услуг.

Предполагаемые результаты: сохранение положения зубов после проведенного ортодонтического лечения. 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 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 ретенционным аппаратом. Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций возможны поломки. Замена или починка (в том числе повторная фиксация) ретенционных аппаратов и/или их элементов производится по действующему прейскуранту Исполнителя на дату оказания услуги.

Я проинформирован(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 ретенционного аппарата, 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 ретенционный этап ортодонтического лечения 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 ретенционный этап ортодонтического лечения:

Пациент (законный представитель):	_____	_____
	(Фамилия, инициалы пациента/законного представителя)	(подпись)
Врач:	_____	_____
	(Фамилия, инициалы врача)	(подпись)
Дата оформления:	_____	