ООО «Медицинский центр «Авиценна»

Приложение №1 к договору № ____ от _____

на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием и разрешением начала медицинского вмешательства.

Я_____

Ф.И.О. пациента старше 15 лет

проинформирован(а) о поставленном диагнозе, соглашаюсь на проведение ортодонтического лечения по восстановлению прикуса (взаиморасположения зубов в зубных рядах). Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я выбираю следующую ортодонтическую конструкцию:_____ _____ _____ _____.

(наименование манипуляций, этапов лечения, заполняется лечащим врачом

Дата	Наименование услуги	Стоимость	ФИО подпись пациента
	Установка брекет системы		
	Снятие брекет системы		
	Установка ретенционного аппарата		

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, об индивидуальных возможностях исправления прикуса. Мне понятно, что ортодонтическое лечение направлено на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, путем воздействия специальной аппаратуры на зубы, периодонт и костную ткань челюстей, для получения зубочелюстно-лицевого морфологического оптимума, а не идеала (невозможности получения «идеальной улыбки»). Я подтверждаю, что ожидаемым мною результатом лечения является улучшение прикуса (изменение взаиморасположения зубов по отношению к друг другу и зубному ряду другой челюсти по отношению к имеющемуся взаиморасположению зубов до начала лечения в сторону физиологической нормы). Мне понятно, что точный результат изменения прикуса предсказать невозможно в силу особенностей протекания биологических процессов в организме, поэтому соглашаюсь считать отклонения от нормы морфологии и функции, незначительно влияющие на внешность, как мою индивидуальную норму и приемлемый для меня результат лечения.

Мне разъяснено, что альтернативой ортодонтическому перемещению зубов являются изменение формы, размера и видимого положения зубов ортопедическим путём (коронками, винирами), изменение формы зубов терапевтическим путём (реставрация пломбировочным материалом), а также отказ от лечения. Мне разъяснены преимущества и недостатки каждого из указанных методов, в том числе необходимость препарирования (обтачивания) собственных тканей зубов при ортопедическом и терапевтическом

замещении и ограниченность их возможностей при выраженных аномалиях прикуса. Понимая изложенное, я осознанно выбираю ортодонтическое лечение.

Я соглашаюсь с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортодонтического лечения, который был избран совместно с лечащим врачом в процессе согласования Предварительного плана лечения, а именно:

- диагностический этап, т.е. получение оттисков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, расшифровка и анализ рентгенограмм, изучение биомеханики движения челюсти и положение ВНЧС, расчёт конструкции аппарата;

- проведение санации полости рта, т.е. лечение 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 полная санация полости рта является обязательным условием начала ортодонтического лечения: фиксация брекет-системы (установка ортодонтической аппаратуры) производится только после завершения санации полости рта, подтверждённой осмотром врача-стоматолога-терапевта;

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.

Во время лечения я обязуюсь строго выполнять все рекомендации врача-ортодонта, соблюдать гигиену и режим в соответствии с Памяткой по использованию брекет-системы, придерживаться особых правил питания, исключающих возможность механического и термического повреждения аппаратуры, а также:

- получить обязательную консультацию врача-пародонтолога перед наклейкой брекет-системы, при необходимости – на этапе ортодонтического лечения, а также после снятия брекет-системы,

- регулярно, не реже одного раза в 3 месяца (если врачом не определены другие сроки), посещать врача-гигиениста стоматологического для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта — независимо от субъективной оценки мною состояния гигиены полости рта. Мне понятно, что прохождение профессиональной гигиены полости рта в указанные сроки является обязательным условием продолжения активного ортодонтического лечения; в случае моего отказа от прохождения профессиональной гигиены мною подписывается отдельный документ — информированный отказ от профессиональной гигиены полости рта — с разъяснением последствий такого отказа,

- не реже 1 раза в 6 месяцев, посещать врача-стоматолога-терапевта для прохождения регулярных осмотров, в целях возможности оперативного реагирования на решение стоматологической проблемы, в случае её возникновения.

Я соглашаюсь с тем, что возможно мне потребуется проведение санации полости рта на этапе ортодонтического лечения (при возникновении кариеса, пульпита, гингивита, пародонтита и т.д.), выполнение гигиенических и профилактических мероприятий (чистка зубных отложений, фторирование зубов и т.д.), а также отклонения от утвержденного плана лечения в виде иных внеплановых манипуляций или изменения срока лечения, направленные на получение лучшего результата, которые проводятся соответствующими специалистами за дополнительную плату.

Мне понятно, что в процессе изменения прикуса возможно возникновение логопедических изменений, в этом случае мне потребуется консультация логопеда. Я обязуюсь строго выполнять Артикуляционный план, назначенный логопедом, т.к. понимаю, что от этого зависят сроки и качество ортодонтического лечения.

Я соглашаюсь с возможной необходимостью пришлифовки контактных поверхностей зубов и удаления зубов для создания дополнительного места для других зубов.

Мне понятно, что ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные имплантаты, что может ограничить возможности восстановления прикуса.

Я соглашаюсь с тем, что 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 функции глотания, жевания и речи.

Я соглашаюсь с тем, что при недостаточной гигиене полости рта (как следствие несоблюдения мною правил личной гигиены полости рта и несоблюдения рекомендаций врача–ортодонта), могут возникать осложнения: кариес вокруг брекетов; гипертрофические изменения десневого края, обострения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Я соглашаюсь с тем, что если при контроле гигиены полости рта (по индексам гигиены), врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, то на любом этапе лечения из-за высокого риска возникновения осложнений, мне будет рекомендовано снятие ортодонтической системы, при этом деньги за предшествующее лечения мне не будут возвращены.

Мне понятно, что возникновение в период ортодонтического лечения четырёх и более новых кариозных поражений зубов является медицинским противопоказанием к продолжению активного ортодонтического лечения. В этом случае я заранее даю согласие на снятие (демонтаж) ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям — независимо от достигнутого этапа и завершённости лечения — с последующей санацией полости рта. Такое же заранее данное согласие на снятие ортодонтической аппаратуры я даю на случай моей неявки на профессиональную гигиену полости рта в установленный срок (не реже одного раза в 3 месяца, если врачом не определены другие сроки). Продолжение ортодонтического лечения возможно только после полной санации полости рта и восстановления удовлетворительного уровня гигиены полости рта (по индексам гигиены). Я соглашаюсь с тем, что при снятии ортодонтической аппаратуры по указанным основаниям деньги за оказанные услуги мне не возвращаются, а санация полости рта и повторная фиксация (установка) ортодонтической аппаратуры оплачиваются отдельно.

Я соглашаюсь с тем, что при лечении с применением ортодонтической системы, возможно обострение имеющихся заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), поэтому я обязуюсь проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я соглашаюсь с тем, что нарушение пациентом правил лечения может повлечь за собой очаговую деминерализацию тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, резорбцию корней зуба, вывих зуба, гингивит, дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии, что потребует дополнительных мероприятий, которые проводятся соответствующими специалистами за дополнительную плату.

Я соглашаюсь с тем, что для создания во время лечения дополнительной опоры для перемещения зубов, может потребоваться установка ортодонтических микроимплантатов, при этом в редких случаях возможно развитие воспаления вокруг микроимплантата, гиперчувствительность к металлу, повреждение корня зуба, что потребует дополнительного лечения или удаления микроимплантата.

Я соглашаюсь с тем, что редких случаях результат лечения по коррекции прикуса может измениться в результате произведенных в челюстно-лицевой хирургии вмешательств, что потребует дополнительных, не предусмотренных первоначальным планом, медицинских услуг по коррекции прикуса, а сами услуги будут производиться за дополнительную плату.

Я осознаю, что ортодонтическое лечение происходит длительное время, в течение которого в ротовой полости могут происходить изменения и возникать заболевания, не связанные с ортодонтическим лечением, а возникающие по причинам индивидуального состояния зубо-челюстной системы (кариес зубов, сколы эмали зубов, заболевания пародонта и пр.), которые потребуют дополнительного лечения за отдельную стоимость.

Мне понятно, что по окончании ортодонтического лечения композитные, керамические реставрации могут подлежать переделке, при повышенной стираемости отдельных зубов или групп зубов, возникших из-за их неправильного положения или патологии прикуса, рекомендуется реставрация пломбировочным материалом, керамическими конструкциями после проведения ортодонтического лечения. Все дополнительные работы оплачиваются отдельно.

Я информирован(а) о том, что при снятии ортодонтической аппаратуры (брекетов, колец, кнопок, аттачментов) возможно повреждение имеющихся у меня пломб и ортопедических конструкций: скол или выпадение пломбы, скол винира, повреждение или расцементировка коронки и мостовидного протеза, а

также повреждение эмали зуба. Вероятность такого повреждения выше при использовании эстетических (прозрачных или окрашенных под цвет эмали) ортодонтических элементов. Указанные последствия обусловлены свойствами ранее установленных конструкций и не являются недостатком ортодонтического лечения; восстановление зуба, повторное пломбирование или повторное протезирование проводятся за дополнительную плату.

Я понимаю, что наличие скрытой патологии височно-нижнечелюстного сустава может быть не диагностировано на начальных этапах лечения, что приведет к изменению рекомендованного плана лечения, т.к. фоновые и усилившиеся в результате ортодонтического лечения изменения тканей сустава необратимы, а патология височно-нижнечелюстного сустава может носить самостоятельный характер, не связанный напрямую с патологией зубных рядов.

Я соглашаюсь с вероятностью возникновения на разных этапах ортодонтического лечения следующих явлений, которые потребуют дополнительных, непредусмотренных первоначальным планом лечения, медицинских услуг и диагностических мероприятий, за дополнительную плату:

в периоде адаптации к ортодонтической аппаратуре - болевые ощущения, самопроизвольные боли, гиперестезия зубов, отёк десны и мягких тканей полости рта;

в случае применения лингвальных брекетов возможны проблемы с дикцией и дискомфортом в области языка, отсутствием контакта отдельных групп зубов;

при несоблюдении правил бережного отношения к аппаратуре - поломки брекетов, дуг, травмы слизистой полости рта, зубов;

осложнения, связанные с биомеханикой перемещения зубов: откол эмали, травматический периодонтит, гингивит, вывих зуба, резорбция тканей пародонта, резорбция корней зубов, рецессия десны, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;

- после устранения скученности зубов в зонах межзубных контактов может уменьшиться объём межзубного сосочка, что приводит к появлению видимых треугольных промежутков между зубами у десны («чёрные треугольники»). Это биомеханическое следствие перемещения зубов и не является дефектом лечения;

- ранее травмированный (перенёсший ушиб, вывих, перелом) или депульпированный по иным причинам зуб может в процессе ортодонтического лечения самостоятельно потемнеть и потребовать эндодонтического лечения и (или) ортопедической реставрации; данное осложнение обусловлено предшествующей травмой зуба и не является следствием ортодонтического лечения;

при несоблюдении правил гигиенического ухода за полостью рта - воспалительные заболевания пародонта, поражение твёрдых тканей зубов в виде меловых пятен в пришеечной области зубов и вокруг брекетов;

субъективное непривыкание к ортодонтической системе;

при несоблюдении графика явок на прием к врачу: рецидив (восстановление прикуса в исходное состояние).

Я понимаю, что при работе Врача с ребенком - пациентом в периоде активного роста в некоторых случаях требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата. В этом случае оплачивается повторное изготовление аппарата.

Я информирован(а) о том, что у детей и подростков ортодонтическое лечение проводится на фоне продолжающегося роста челюстей, который может протекать диспропорционально и не поддаётся точному прогнозированию. Вследствие индивидуальных особенностей роста, наследственности и вредных привычек (ротовое дыхание, прокладывание языка, сосание) достигнутый результат лечения может измениться, а для его сохранения может потребоваться изменение плана лечения, изготовление нового аппарата, повторный курс лечения либо в отдельных случаях ортогнатическая операция по завершении роста. Указанные обстоятельства не зависят от врача, не являются недостатком оказанной услуги, а дополнительные мероприятия оплачиваются отдельно.

Мне понятна важность строгого соблюдения графика прохождения профессиональной гигиены полости рта, режима эксплуатации и гигиены ортодонтического аппарата, графика посещений врача-ортодонта,

нарушение которых может повлечь за собой существенное увеличение продолжительности лечения, вероятность возникновения осложнений, которые будут требовать коррекции, что неминуемо приведёт к удорожанию стоимости самого лечения, а также является основанием для отказа в продолжении ортодонтического лечения, при этом я соглашаюсь с тем, что деньги за оказанные услуги не возвращаются.

Я понимаю, что съемная ортодонтическая система - это инородное тело в полости рта, что привыкание к съемной ортодонтической системе требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начало активного периода лечения, врач проводит коррекцию системы в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Поэтому я соглашаюсь с тем, что если субъективно я не смогу привыкнуть к съемной ортодонтической конструкции, то деньги за изготовление и установку ортодонтической системы не возвращаются. Я понимаю важность точного соблюдения рекомендаций врача – ортодонта по ношению съемной ортодонтической системы и обязуюсь их неукоснительно соблюдать, поскольку при несоблюдении рекомендаций снижается скорость улучшения прикуса и уменьшается возможность достигнуть желаемый результат.

Мне разъяснено, что в ходе лечения по медицинским показаниям или по моему желанию возможен переход с одного вида ортодонтической аппаратуры на другой (в том числе с брекет-системы на элайнеры и обратно). Такой переход оформляется изменением плана лечения и подписанием отдельного информированного добровольного согласия на соответствующий вид ортодонтической аппаратуры. Я соглашаюсь с тем, что окончательные взаиморасчёты при переходе проводятся по фактическому объёму оказанных мне услуг, а изготовление и установка нового вида ортодонтической аппаратуры оплачиваются по действующему прейскуранту; денежные средства за фактически оказанные услуги предшествующего этапа лечения возврату не подлежат. Мне понятно, что переход на другой вид аппаратуры может повлиять на общую продолжительность лечения.

Я понимаю, что привыкание к несъемной ортодонтической системе происходит в течение 10-14 дней, при этом наиболее выраженный дискомфорт приходится на первые 3-7 дней после установки аппаратуры. В это время могут возникать болевые ощущение в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации большинство неприятных ощущений проходит.

Мне понятно, что во время эксплуатации ортодонтической системы при увеличении нагрузки, несоблюдении рекомендаций по уходу за зубами и ограничений в приеме пище, указанных в Памятке, могут возникать поломки ортодонтического аппарата: отклейка брекета; перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях; необходимость в приварке новых элементов, поэтому я соглашаюсь с тем, что все вышеуказанные случаи являются особенностями медицинских услуг (не являются их недостаткам, не относятся к гарантийным случаям и ремонт ортодонтической системы производится на платной основе.

Мне понятно, что в случае поломки ортодонтического аппарата необходимо его сохранить и немедленно сообщить об этом в клинику для организации внепланового приема для контроля состояния аппаратуры, исключение дискомфорта, связанного с поломкой ортодонтического аппарата и записи на плановый прием для восстановления аппаратуры и продолжения лечения.

Я информирован(а) о том, что отклеившийся, ослабленный или сломанный элемент ортодонтической аппаратуры (брекет, кольцо, кнопка, отрезок дуги, лигатура, аттачмент, элемент съёмного аппарата) в силу небольшого размера при неконтролируемых движениях языком, глотательных движениях или дыхании через рот может быть проглочен либо попасть в дыхательные пути, что может потребовать оказания неотложной медицинской помощи и причинить вред моему здоровью. Я обязуюсь незамедлительно сообщать лечащему врачу о любом ослаблении, отклеивании или поломке элементов аппаратуры и не устранять их самостоятельно, а при подозрении на попадание элемента в дыхательные пути — немедленно обратиться за экстренной медицинской помощью.

Мне понятно, что ортодонтическое лечение состоит из двух этапов – исправления прикуса (активный период) и удержание прикуса (ретенционный период). Примерные сроки являются приблизительными и при регулярном посещении, 1-2 раза в месяц, максимальный срок активного периода ортодонтического лечения составляет от 2,5 лет до 3 лет.

Я соглашаюсь с тем, что после окончания активного периода и снятия ортодонтической аппаратуры для удержания полученных результатов использовать специальный съёмный и/или несъёмный аппарат (ретейнер), ношение которого с целью закрепления результатов лечения может продолжаться от 2 лет до пожизненного.

Мне понятно, что в случае поломки ретейнера, необходимо не позднее трех дней обратиться в клинику для починки ретейнера. Я соглашаюсь с тем, что при обращении в более поздний срок с момента поломки, препятствующей ношению ретейнера, возможно изменение положения отдельных зубов, при этом ретейнер после починки не сможет соответствовать изменившемуся положению зубов, что будет препятствовать его использованию, при этом коррекция изменившегося положения зубов будет производиться на платной основе.

Я обязуюсь в течение всего ретенционного периода проходить профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев и являться на контрольные осмотры к врачу-ортодонту не реже 1 раза в 6 месяцев в соответствии с Ретенционным графиком, который выдаётся мне на руки при снятии ортодонтической аппаратуры.

Мне понятно, что неявка на контрольный осмотр в срок, установленный Ретенционным графиком, при отсутствии согласования новой даты в течение 30 календарных дней со дня направления мне приглашения в согласованный канал связи, прекращает ретенционное наблюдение и участие в программе ретенционного сопровождения; клиника не несёт ответственности за изменение положения зубов (рецидив), произошедшее в период, когда наблюдение не осуществлялось по причине моей неявки. Условия ретенционного периода в полном объёме изложены в информированном добровольном согласии на ортодонтическое лечение зубов в ретенционном периоде и в Положении о гарантийных обязательствах.

Я соглашаюсь с тем, что в связи с дальнейшим развитием зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков и сроков службы на ортодонтическое лечение невозможно (гарантийный срок и срок службы, устанавливаются равными одному дню после снятия ортодонтической аппаратуры), а для поддержания полученного результата после снятия ортодонтической аппаратуры используются ретенционный аппарат (ретейнер).

Мне разъяснено, что при снятии ортодонтической аппаратуры достигнутый результат фиксируется документально (фотопротокол, при необходимости — контрольные рентгенологические снимки, оттиски или цифровые сканы) и подписывается документ о согласовании результата ортодонтического лечения и передаче на ретенцию. В этом документе отражаются в том числе задачи плана лечения, не выполненные к моменту снятия аппаратуры, и причины их невыполнения, включая мой отказ от отдельных этапов лечения.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при лечении материалам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

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 пользования ортодонтической аппаратурой и ее снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по ортодонтическому лечению выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я соглашаюсь с тем, что существует вероятность субъективной непереносимости (непривыкания) к ортодонтической системе, при этом ортодонтическое лечение по заявлению пациента может быть прекращено, а предоплата за лечение будет возвращена за вычетом фактически произведенных расходов (при этом стоимость ортодонтической системы и ее установки не возвращается).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех своих системных заболеваниях в прошлом и в настоящее время, а именно _____, поэтому я соглашаюсь со следующими особенностями лечения вызванными моим системным заболеванием:

- возможна реакция слизистой оболочки полости рта, горла и гортани, и костной ткани на воздействие ортодонтической аппаратуры в виде покраснения, зуда, жжения в полости рта и горле, появления афт, эрозий и язв со стороны полости рта;

- возможно появление болей в челюстной системе с распространением на близлежащие структуры челюстно-лицевой области, болей в области височно-нижнечелюстного сустава.

- при возникновении вышеуказанных реакций и невозможности пользования ортодонтической аппаратурой и ее снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по ортодонтическому лечению выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг мне не возвращается.

Я внимательно познакомился(ась) с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Понимая сложность предстоящего лечения, на основе предоставленной мне врачом информации о моем здоровье и необходимости предстоящего лечения, я соглашаюсь на избранный метод лечения, добровольно беру на себя риск возникновения всех вышеупомянутых осложнений и неблагоприятных последствий лечения и, поэтому, обязуюсь не предъявлять материальных претензий к Исполнителю при их возникновении.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии зубов и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества лечения, публикации без идентифицирующих признаков, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

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, имеющихся 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 соблюдению всех вышеизложенных особенностей лечения, питания и ухода за зубами и ортодонтической аппаратурой.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____

(подпись пациента / представителя) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____

(подпись врача) (Фамилия ИО)

Дата «___»_____ 202_ г.