

**Приложение к договору возмездного оказания**

**Медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения.**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО пациента или его законного представителя)

Информирован(-а) моим лечащем врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

О состоянии здоровья меня ( моего ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на момент его обращения за медицинской помощью.

Я соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить врач-стоматолог ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил(-а) детальное объяснения в устной форме о необходимости ортодонтического лечения.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния организма моего (моего ребенка).

Мне объяснены в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

**Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.**

1. Ортодонтическое лечение направлено на улучшение эстетических параметров расположения зубов, улучшения эстетики лица и на нормализацию здоровья зубочелюстной системы. Для достижения наилучших результатов ортодонтического лечения необходимо провести полное лечение, используя необходимую ортодонтическую аппаратуру.
2. Перед началом ортодонтического лечения необходимо сделать полную диагностику. Для этого нужно сделать ортопантограмму, компьютерную томографию, боковую телерентгенограмму черепа, а при необходимости – прямую телерентгенограмму черепа, снимки височно-нижнечелюстного сустава. Диагностика в артикуляторе (при необходимости) как метод диагностики состояния височно-нижнечелюстного сустава, диагностические модели и диагностические фотографии также необходимы для планирования ортодонтического лечения.
3. Объем и ориентировочные сроки ортодонтического лечения определяет врач. Сроки лечения зависят от патологии, выбранной аппаратуры, наличием или отсутствием потенциала роста костного скелета, биологических сроков перемещения зубов, а также **от добросовестного выполнения назначений лечащего врача, аккуратного обращения с ортодонтической аппаратурой и от индивидуальных особенностей передвижения зубов.**
4. Перед началом ортодонтического лечения необходимо санировать полость рта: вылечить зубы (кроме тех зубов, которые будут удалены по ортодонтическим показателям), в большинстве случаев ортодонтических патологий необходима консультация и заключение пародонтолога, провести профессиональную гигиену полости рта. Если поставлен пародонтологом диагноз пародонтит, пациенту необходимо выполнить все пародонтологические назначения и при необходимости хирургические манипуляции с тканями пародонта. Иногда пародонтологические и хирургические процедуры проводятся на этапах ортодонтического лечения брекет- системой. На разрушенные зубы и зубы с большими пломбами рекомендуется вставлять временные или постоянные коронки. Процедуры по профессиональному отбеливанию зубов не рекомендуется проводить до начала ортодонтического лечения.
5. Осмотр стоматолога- терапевта и профессиональная гигиена должны проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев.
6. Ортодонтическое лечение может быть связано с дискомфортом, особенно в начале лечения, в период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, а при лечении на лингвальной брекет-системе и нарушение дикции, затрудненный прием пищи. В течении всего ортодонтического лечения возможны ситуации связанные с дискомфортом. Врач дает рекомендации для более легкой адаптации к ортодонтической аппаратуре.
7. Ортодонтическое лечение по своей сути с перемещением зубов при механическом воздействии на них ортодонтической аппаратуры или с коррекцией роста челюстей у детей. Поэтому срок лечения зависит от биологических факторов и не может быть уменьшен только по желанию пациента. Врач-ортодонт планирует полное ортодонтическое лечение для достижения наилучшего результата, включая эстетическую коррекцию, восстановление полноценной функции жевания, коррекцию состояния височно-нижнечелюстного сустава. При отказе пациента или его родителей от полноценного лечения может привести к нежелательным последствиям, о которых сообщает врач. В таком случае ответственность за некачественное лечение и его последствия несет пациент или его законные представители. Отказ от полноценного лечения или отказ от завершения ортодонтического лечения подтверждается подписью пациента или его законных представителей.
8. Необходимым условием для проведения качественного ортодонтического лечения и для предотвращения осложнений является соблюдение гигиенических правил. Необходимо чистить зубы после каждого приема пищи с использованием зубных щеток, ершиков и суперфлосса, ирригатора.
9. При необходимости гигиенических требований могут возникнуть осложнения: воспаление и кровоточивость десен, что приводит к рассасыванию костной ткани в области воспалительного процесса; образованию пигментированного зубного налета; появлению меловидных пятен в области систематического скопления мягкого зубного налета (меловидные пятна- это участки деминерализации эмали, первая стадия кариеса) и кариозных полостей. В некоторых случаях, несоблюдение правил гигиены может привести к потере отдельных зубов. При нарушении правил чистки зубов с несъемной ортодонтической аппаратурой (брекет-системой) врач-ортодонт вправе снять брекет-систему не долечив пациента, чтобы избежать более серьезных осложнений (предварительно разъяснив пациенту сложившуюся ситуацию).
10. Во время лечения на несъемной ортодонтической аппаратуре (брекет-система) необходимо соблюдать правила приема пищи: отказаться от жесткой пищи, такой как косточки, орешки, сухари, козинаки, сушки, суржики и т.д., ничего не откусывать, всю пищу резать ножом или отламывать небольшими кусочками.
11. При несоблюдении правил приема пищи составные части брекет- системы, также брекеты, кольца, замки, дуги и т.п., могут отклеиваться и ломаться. Это может привести к удлинению сроков лечения и его удорожанию. **Восстановление элементов брекет-системы при их поломке в случае несоблюдения вышеперечисленных требований проводится за счет ПАЦИЕНТА.**
12. В процессе ортодонтического лечения может потребоваться использование дополнительной аппаратуры, такой как лицевая дуга, лицевая маска, губной бампер, межчелюстные эластические тяги, силиконовые ортодонтические корректоры прикуса и т.п. Такая аппаратура устанавливается в полость рта и/или меняется самим пациентов течение времени, установленным лечащим врачом. Сотрудничество с врачом (то есть исполнение наставлений по использованию подобной аппаратуры) в таком случае необходимо для достижения наилучшего и наиболее устойчивого результата ортодонтического лечения. Если рекомендации врача не исполняются должным образом, то гарантировать хороший результат лечения и соблюдение сроков лечения невозможно, так как в определенных случаях подобная дополнительная аппаратура является неотъемлемой частью ортодонтического лечения. А также на этапах ортодонтического лечения может потребоваться удаление зубов по ортодонтическим показаниям.
13. Своевременное посещение врача также влияет на ход лечения, его результат и продолжительность. Систематические пропуски плановых посещений (1 раз в 3-4 недели или по назначению лечащего врача) могут привести к неконтролируемым нежелательным перемещениям зубов, удлинению лечения, неудовлетворительному результату лечения.
14. Возможные ожидаемые эффекты ортодонтического лечения, снижающие эстетическое впечатление пациента после его окончания:
15. – «черные треугольники» образуются при исправлении скученного положения зубов, если десневой сосочек атрофировался в процессе жизни пациента;

- в процессе ортодонтического лечения невозможно изменить форму зубов. Если есть сколы эмали или зубы стерты, то независимо от формы режущего края, зубы устанавливаются в правильную позицию, воссоздание правильной формы зубов возможно после снятия брекет-системы ортопедическими или терапевтическими методами.

17. Сразу после снятия брекет-системы в полость рта обязательно устанавливается удерживающая аппаратура. Это связано с возможным рецидивом ортодонтической патологии, что обусловлено особенностями зубочелюстной системы человека, состоянием пародонта, функционирования мышц губ, языка и т.д.

18. Вид удерживающей аппаратуры выбирается ортодонтом . Необходимым условием предотвращения рецидивов и нежелательных смещений зубов, является ее сохранность, любая поломка может привести к смещению зубов. В период удержания необходимо соблюдать режим питания, способствующий сохранности аппаратуры. При поломке следует незамедлительно обратиться в клинику для восстановления ретейнеров (удерживающей аппаратуры).

19. Время использования удерживающей аппаратуры длительно, не менее 2-х лет. Часто рекомендовано использовать удерживающую аппаратуру пожизненно.

20. К сожалению, даже присутствие в полости рта удерживающее аппаратуры не гарантирует предотвращение смещения зубов. Такое смещение происходит чрезвычайно редко и зависит от индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия непрорезавшихся зубов «мудрости», характера роста организма, особенностей работы мышц губ и языка. Чтобы вовремя заметить смещение и принять меры для предотвращения дальнейших нежелательных изменений, необходимо посещать ортодонта первый год 1 раз в 3-4 месяца или по назначению врача.

21. В ряде случаев для удержания результатов лечения после снятия брекет-системы необходимо использование дополнительной аппаратуры (силиконовые корректоры прикуса, каппы и т.п.) или удаление зачатков зубов «мудрости».

22. Если пациенту требуется протезирование после снятия брекет-системы, это необходимо сделать в ближайшее время после снятия. При отказе от протезирования, необходимо изготовить дополнительную удерживающую аппаратуру для предотвращения смещения зубов, соседствующих с дефектом зубного ряда.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента (психо-эмоцианального состояния), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

**Я достоверно передал информацию о состоянии моего здоровья (моего ребенка), а также понимаю необходимость выполнений всех поученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться, и визитов в указанные сроки.**

**Я подтверждаю, что мой ребенок не состоит (состоит) на учете у узких специалистов по заболеваниям которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ « О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации разрешаю давать информацию о состоянии здоровья моего ребенка только следующим лицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг №\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.**

**Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему ребенку) ортодонтического лечения.**

**Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.**

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**