

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № 01-01/20-С-0001 ОТ 01.01.2020**  
**Информированное добровольное согласие**  
**на ортодонтическое стоматологическое лечение (исправление прикуса и положения зубов)**

Г. Электросталь

01.01.2020

Я, \_\_\_\_\_ **Клиент Клиент Клиент**

в соответствии со статьёй 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платной стоматологической медицинской помощи в Дюна, далее - Исполнитель, и доверяю медицинскому персоналу Исполнителя в течение срока действия договора об оказании платных стоматологических услуг проводить для меня все необходимые медицинские вмешательства (медицинские обследования и медицинские манипуляции диагностической и лечебной направленности) для диагностики и исправления прикуса и положения зубов, необходимые мне по состоянию здоровья или проведение которых было мною потребовано.

Мне объяснено, что ортодонтическое лечение может осуществляться посредством ношения съёмных и несъёмных ортодонтических аппаратов и включает в себя следующие этапы: рентгеновские снимки, диагностику, установку ортодонтического аппарата, его активацию, активный период лечения под врачебным контролем состояния аппарата, состояния зубочелюстной системы, снятие ортодонтического аппарата и ретенционный период (период закрепления результата).

Мне подробно разъяснено, что при наличии гнатической (скелетной) формы аномалии прикуса, когда нарушение прикуса связано в значительной степени с нарушением размера или(и) положения челюстных костей, лечение представляет большую сложность и может иметь несколько вариантов.

Я информирован лечащим врачом, \_\_\_\_\_, что у меня диагностирован следующий вид гнатической (скелетной) формы аномалии прикуса:

- гнатическая (скелетная) форма дистального прикуса у пациента без значимого роста челюстей;
- гнатическая (скелетная) форма мезиального прикуса;
- гнатическая (скелетная) форма открытого прикуса без значимого роста челюстей;
- гнатическая (скелетная) форма перекрёстного прикуса без значимого роста челюстей;
- гнатическая (скелетная) форма дистального прикуса при наличии значимого роста челюстей.

Мне разъяснено, что при данной аномалии прикуса существует несколько вариантов ортодонтического лечения с учётом моего возраста:

- комбинированное лечение (с применением ортогнатической хирургии);
- лечение с применением дополнительных аппаратов (аппарата Гербста, твин-блок и иные);
- зубоальвеолярная компенсация аномалии прикуса;
- выравнивание зубов без коррекции неправильного прикуса;
- зубоальвеолярная компенсация открытого прикуса с применением микроимплантов.

После объяснения сути каждого из имеющихся вариантов ортодонтического лечения мною дано согласие на проведение:

Подтверждаю своё согласие \_\_\_\_\_

(подпись пациента)

Мне сообщено и понятно, что альтернативными методами лечения, помимо указанных выше, являются: ортопедическое лечение, хирургическое лечение, а также отсутствие лечения как такового.

Мне объяснено, что ортодонтическое лечение имеет следующие противопоказания: неудовлетворительная гигиена полости рта; наличие у пациента выраженных воспалительных заболеваний зубочелюстной системы; психические и тяжёлые аллергические заболевания; некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях.

Я в доступной форме проинформирован(а) лечащим врачом о возможных осложнениях, которые не являются следствием дефектов оказания медицинской помощи:

- потеря пломб и ортопедических конструкций, установленных в других медицинских учреждениях без соблюдения общепринятых стандартов или срок службы которых истек;
- во время и после обезболивания (анестезии): отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола иглы, аллергические реакции, анафилактический шок, гипертонический криз, коллапс, обморок; прикусывание щеки, губы в связи со снижением чувствительности после анестезии в течение четырех часов после лечения;
- в процессе ортодонтического лечения: болевые ощущения; повышенная чувствительность зубов; отек десны и мягких тканей; травма щеки; травма губы; травма языка; появление или усиление подвижности зуба (зубов); деминерализация эмали и возникновение кариеса особенно в случае неадекватной гигиены полости рта; сколы эмали в области режущих краев и бугров зубов при контакте с аппаратурой, особенно при лечении керамическими и сапфировыми брекетами и на фоне бруксизма; увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; образование рецессий десны (оголение корней зубов) и прогрессирование рецессий десны в связи с индивидуальными особенностями пациента; обнажение, повреждение корня зуба; изменение формы десны; невозможность перемещения зуба (зубов); рассасывание корней; возникновение или усиление выраженности дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; нарушение функции речи; необходимость повторной установки имплантата (имплантатов); поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт вследствие нарушений рекомендаций врача, а также нарушения режима использования аппарата; частичная или полная потеря достигнутого результата вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача, несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата; выпадение зубов в процессе ортодонтического лечения в связи с особенностями состояния пародонта; необходимость удаления зубов в процессе лечения; в некоторых случаях - невозможность полного закрытия промежутков от удаленных по ортодонтическим показаниям зубов;
- при наличии депульпированных зубов (зубов с удаленными нервами): обострение хронических воспалительных явлений (болевой синдром и припухлость десны и щеки, возникающие в результате обострения хронического периодонтита не связанного с ортодонтическим лечением); сколы стенки (корня) зуба или пломбирочного материала в процессе снятия брекетов (в результате повышенной хрупкости депульпированных зубов); перелом корня у зубов с вкладками или штифтами; изменение цвета зубов;
- при наличии ретенированных зубов (полностью сформировавшихся, не прорезавшихся в положенный срок постоянных зубов, находящихся длительный период в толще костной ткани): необходимость неоднократного хирургического вмешательства с целью обнажения коронки ретенированного зуба и вытяжения его в зубной ряд; анкилоз (сращение корня зуба с костной тканью) и, как следствие, невозможность его перемещения; оголение корня ретенированного зуба после его установки в зубной ряд или, напротив, увеличение объема тканей десны вокруг него; неполноценность твердых тканей ретенированного зуба; слишком медленное перемещение зуба с увеличением длительности лечения; невозможность установки зуба в зубной ряд; рассасывание корня ретенированного зуба и (или) соседних зубов в процессе перемещения;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава желудочно-кишечной микрофлоры.

Я понимаю, что без рентгенологического контроля качественное лечение может быть затруднено. Даю свое добровольное согласие на проведение рентгенологического контроля во время диагностики и ортодонтического лечения. Обязуюсь уведомить лечащего врача в случае наступления беременности, так как это является противопоказанием к рентгенологическому исследованию.

Мне объяснено и понятно, что в случае лечения внутренними (лингвальными) брекетами существует ряд особенностей и ограничений в сравнении с лечением наружными (вестибулярными) брекет-системами:

- более длительный период привыкания. Может продлиться до 3-10 недель, иногда больше, может выражаться в натирании языка элементами лингвальной брекет-системы, ухудшении дикции (шепелявость в голосе), трудностями при приеме пищи (неудобно откусывать, пережевывать пищу);
- более частые и долгие по длительности плановые визиты к врачу по сравнению с лечением вестибулярной техникой;
- более частые неплановые посещения, связанные с более частыми отклеивками брекетов, особенно в первое время после фиксации, дискомфорт от дуги (царапает, натирает и доставляет иные дискомфортные ощущения);
- зубы не так быстро становятся идеально ровными. Иногда возможно даже и некоторое ухудшение положения отдельных зубов на первых этапах лечения. Это связано с особенностями лингвальной техники;
- сразу после фиксации внутренних брекетов зубы не будут привычно смыкаться. Связано это с тем, что необходимо некоторое разобщение для исключения контакта верхних брекетов боковых зубов с нижними зубами. Это также вызовет некоторый дискомфорт, который будет уменьшаться в процессе лечения;
- относительная видимость межчелюстных эластиков (специальных резиночек) на определенном этапе лечения. Ношение эластиков - обязательное условие достижения хорошего результата лечения абсолютно для всех пациентов. Их необходимо будет носить в середине и в конце лечения. Для повышения эффекта они часто крепятся на наружной стороне зубов на специальных кнопках из пломбирочного материала под цвет зуба. Несмотря на все старания врача, такие крепления могут быть слегка заметны с близкого расстояния и в первое время после их установки могут натирать губы и щеки. Сами эластики также в некоторой степени заметны.
- более частые визиты к гигиенисту для профессиональной чистки зубов и аппаратуры (не реже 1 раза в 4 месяца).

Я подробно проинформирован(а), что при лечении любым видом несъемной ортодонтической техники результат лечения во многом зависит от точного соблюдения рекомендаций врача и режима, к которым относятся:

- необходимость регулярного прохождения плановых осмотров с кратностью и частотой, рекомендованной лечащим врачом;
- обязательное посещение стоматологического гигиениста не реже одного раза в 6 месяцев, а при необходимости (указание гигиениста или лечащего врача) - чаще;
- необходимость тщательно следить за гигиеной полости рта и аппарата с помощью специальных средств и чистить зубы после каждого приема пищи;
- согласно рекомендациям лечащего врача носить межчелюстные эластики (специальные резиновые тяги) в должном режиме, так как без этого невозможно получить хорошие контакты между верхними и нижними зубами;
- придерживаться особых планов питания, исключающих возможность механического или термического повреждения аппаратуры; отказаться от употребления твердых продуктов, таких как сушки, сухари, орехи, твердые фрукты и т.п.; требующие откусывания продукты употреблять только в нарезанном на небольшие кусочки виде; не употреблять вязкие продукты (халву, ирис, жевательную резинку и т.п.); избегать употребления излишне холодных или горячих продуктов и напитков; не употреблять кофе, крепкий чай, красящие напитки для исключения риска окрашивания материала, на который фиксированы брекететы и самих брекетов.

Принимая во внимание значимость влияния указанных выше рекомендаций на результат лечения, обязуюсь их соблюдать.

Мне разъяснено, что ортодонтическое лечение является длительным и может продолжаться до трех лет и более. В отдельных случаях связанных с особенностями зубочелюстной системы пациента и его индивидуальными физиологическими особенностями, а также сложностью аномалии прикуса срок лечения может увеличиваться до пяти лет и более.

Я понимаю, что в случае наличия неблагоприятного роста челюстей, лечение может затягиваться или не давать полной коррекции прикуса. В случае если неблагоприятный рост будет продолжаться после завершения лечения, это может привести к рецидиву аномалии и необходимости повторного лечения.

Мне разъяснено, что достоверно предсказать неблагоприятный рост невозможно.

Я проинформирован(а), что в случае несоблюдения рекомендаций, в частности в случае несоблюдения адекватного уровня гигиены полости рта и неиспользования межчелюстных эластиков в должном режиме, лечащий врач не сможет обеспечить достижение желаемого результата лечения, а также, что мне может быть отказано в продолжении дальнейшего лечения без возврата уплаченной за данные услуги суммы.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, а также его точную длительность. В том числе, я предупрежден(а) лечащим врачом, что в процессе диагностики и лечения могут потребоваться дополнительные виды медицинских обследований и медицинских манипуляций, необходимые для контроля за осуществлением обследования и(или) выявления сопутствующей патологии и(или) обусловленные индивидуальными особенностями организма. Уполномочиваю лечащего врача на выбор в ходе обследования и лечения необходимых дополнительных видов медицинских обследований и медицинских манипуляций для достижения наилучшего результата и улучшения состояния здоровья. Согласен(а) на их проведение, а также соглашаюсь на предоставление мне информации о соответствующих дополнительных медицинских вмешательствах непосредственно перед их проведением в ходе обследования и лечения.

Я предупрежден(а), что Исполнитель вправе произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проводимого медицинского вмешательства на любой его стадии. Я проинформирован(а), что последствиями отказа могут быть: прогрессирование деформации зубных рядов и челюстей; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики зубов и лица; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая потеря зубов; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология. При этом Исполнитель не несет ответственности за последствия моего отказа от оказания медицинской помощи.

Я извещен(а) о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении моего самочувствия, а также о том, что несоблюдение рекомендаций врача, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Мне разъяснены и понятны условия гарантии, предоставляемые Исполнителем на данные виды услуг. Я предупрежден(а), что установление гарантийных обязательств Исполнителя на ортодонтическое лечение невозможно в виду длительности и индивидуальности ретенционного периода. При этом Исполнитель предоставляет гарантийный срок на ретейнеры, который составляет 12 месяцев с момента их установки. В течение данного периода ретейнеры ремонтируются без взимания с пациента платы. По истечении указанного гарантийного срока ремонт или замена ретенционных аппаратов производится на возмездной основе в соответствии с действующим на дату ремонта или замены прейскурантом Исполнителя. Срок ношения несъемных ретейнеров после ортодонтического лечения может составлять до 5-7 лет, в отдельных случаях и более длительный срок. На капы и съёмные пластины гарантия не распространяется. Срок ношения кап после ортодонтического лечения может составлять год и более. Срок ношения съёмных пластин после ортодонтического лечения может составлять до 3-5 лет. При ортодонтическом лечении детей ортодонтическими пластинами гарантия на пластины не предоставляется.

Мне также подробно и понятно предоставлена информация об особенностях ухода за зубами после завершения ортодонтического лечения: через неделю после снятия брекетов необходимо обратиться к гигиенисту для профессиональной чистки и фторирования зубов для восстановления эмали зубов и десен после долгого ортодонтического лечения. Далее через 1-2 недели после чистки следует обратиться к стоматологу для осмотра зубов для выявления кариеса.

Лечащим врачом мне детально разъяснено, что в ретенционном периоде для закрепления результата лечения необходимо будет использовать ретенционные аппараты (некоторые отклонения от стандартной схемы возможны в каждом конкретном случае):

- несъемный ретейнер на верхней челюсти (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов);
- несъемный ретейнер на нижней челюсти (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов);
- съёмный ретенционный аппарат в виде пластинки или капы на верхнюю челюсть или двучелюстной аппарат для ночного ношения. Стандартный режим использования (если иное не указано лечащим врачом): первый год - 8 часов в сутки (ночь), еще полгода - через ночь, еще полгода - 2 раза в неделю, после 2 лет - 1 раз в неделю для контроля (если ощущается значимое давление на зубы при установке ретейнера, значит, они слегка сместились, тогда ретенционный аппарат оставляется на ночь, если давления нет - не одевается, контроль осуществляется снова через неделю). В случае компромиссного варианта лечения, когда не достигнута полная коррекция прикуса, съёмный ретенционный аппарат на верхнюю челюсть должен применяться каждую ночь постоянно, для обеспечения ровной и эстетичной улыбки;
- съёмная ретенционная капа на передние зубы нижней челюсти (предназначена для ночного ношения только в случае поломки нижнего несъемного ретейнера и(или) при обнаружении неблагоприятных изменений положения нижних передних зубов - до обращения к врачу).

Лечащим врачом мне подробно разъяснены обязанности пациента в ретенционном периоде:

- регулярно носить съемные ретейнеры в указанном врачом режиме. В случае перерывов в ношении возможно изменение положения зубов, ухудшение эстетики улыбки и прикуса. Из-за этих перемещений после перерыва установка аппарата может оказаться невозможной. В этом случае может потребоваться изготовление нового ретенционного аппарата или повторное ортодонтическое лечение. При этом следует понимать, что ретенционный аппарат не может не подходить (не одеваться) при условии его регулярного ношения;
- следует обязательно брать с собой съемные ретейнеры в поездки длительностью более одного дня;
- в случае поломки или потери любого ретенционного аппарата следует незамедлительно обратиться к Лечащему врачу;
- каждый день при вечерней чистке зубов необходимо обращать внимание на целостность несъемных ретейнеров. Если возникли основания полагать, что верхний или нижний ретейнер сломан или отклеился в области хотя бы одного зуба (ощущается металл проволоки и т.д.), необходимо начать использование съемного ретенционного аппарата на данную челюсть в течение не менее 12 часов в сутки и срочно записаться на прием к лечащему врачу. На прием необходимо принести съемные ретенционные аппараты;
- необходимо осуществлять хорошую гигиену несъемных ретейнеров с использованием стандартных средств гигиены и Super Floss (специальной зубной нити). Один раз в шесть месяцев следует проходить профессиональную гигиену зубов в клинике в целях профилактики осложнений (появления налета, твердых зубных отложений, воспалений десен, запаха изо рта и кровоточивости десен).
- посещать Исполнителя для профилактических осмотров раз в год, если иное не предписано лечащим врачом.

Я задал(а) лечащему врачу все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) следующие ответы:

**Вопрос:** \_\_\_\_\_

**Ответ:** \_\_\_\_\_

**Вопрос:** \_\_\_\_\_

**Ответ:** \_\_\_\_\_

**Вопрос:** \_\_\_\_\_

**Ответ:** \_\_\_\_\_

Иные вопросы у меня отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемого медицинского вмешательства.

Подписанием настоящего добровольного согласия я подтверждаю, что дополнительно получил на руки следующие отдельные памятки:

- памятку по возможным осложнениям при ортодонтическом лечении при наличии депульпированных зубов;
- памятку по возможным осложнениям при ортодонтическом лечении при наличии ретенированных зубов;
- памятку по возможным осложнениям при лечении внутренними (лингвальными) брекетами).

Указанные выше памятки мною прочитаны и понятны. Также я задал(а) лечащему врачу все возникшие в ходе ознакомления с памятками вопросы и получил(а) на них исчерпывающие и понятные ответы.

Мне, Клиент Клиент Клиент, по моей воле разъяснено состояние моего здоровья, полностью объяснены цель и методы оказания медицинской помощи, подробно разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, связанный с ними риск и возможные нежелательные и(или) неблагоприятные последствия. Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, получил(а) понятные ответы на все заданные мною вопросы, согласен (согласна) с предложенным планом обследования и лечения и самостоятельно принимаю решение приступить к обследованию и лечению.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(подпись пациента) (ФИО пациента полностью)

**Медицинский работник:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(подпись) (Фамилия и инициалы)