Приложение
к договору на оказание платных
медицинских услуг от _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство «Ортодонтическое лечение»

Я, _____

(Ф. И.О. пациента – полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Я, _____, паспорт _____ выдан _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф. И. О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю, что мне в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 10 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» медицинским работником _____

(Ф. И.О, медицинского работника. – полностью, должность)

индивидуального предпринимателя Скрыпника Константина Георгиевича предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить подпись!

I блок. Информация, которая относится к состоянию здоровья больного и его заболеванию

1. Диагноз:

_____.

2. Варианты течения и возможные осложнения заболевания.

Аномалии зубочелюстной системы являются серьезными проблемами здоровья человека, требующими правильного медицинского лечения. Такое лечение часто невозможно без применения биомеханики, например для выбора точек приложения сил, их величин и направлений при ортодонтическом перемещении. Между тем дисфункции зубочелюстной системы могут приводить к патологии других систем человеческого организма.

Последствиями зубочелюстных аномалий могут быть:

- Эстетические нарушения;
- Формирование инфантильного глотания;
- Нарушение функции дыхания (ротовое дыхание);
- Нарушение функции внешнего дыхания;
- Неправильная осанка;
- Предрасположение к респираторно-вирусным заболеваниям;
- Развитие ЛОР-заболеваний;
- Храп во время сна (реже апноэ);
- Нарушение функции кровообращения;

ОБРАЗЕЦ

- Функциональная перегрузка отдельных групп зубов (травмы артикуляции);
- Нарушение функции жевательных и мимических мышц;
- Нарушение функции речи;
- Преждевременная потеря зубов;
- Задержка психосоматического развития вследствие комплексной неполноценности;
- Головная боль;
- Дисфункция височно-нижнечелюстноого сустава;
- Заболевания пародонта;
- Нарушение функции пищеварительной системы;
- Нарушение местного кровообращения;
- Предрасположенность к кариесу;
- Снижение функции жевательной активности.

Как патология разных систем человеческого организма, так и воздействие внешних факторов могут приводить к нарушениям зубочелюстной системы. Эти нарушения не только мешают нормальной жизнедеятельности человеческого организма, но и сами могут быть причинами нарушений функций разных систем организма. Совокупность всех этих нарушений приводит к новым патологиям.

II блок. Информация, которая относится к медицинскому вмешательству

3. Пациенту (представителю) предложены следующие варианты ортодонтических конструкций:

_____
_____
_____.

4. При выборе ортодонтической конструкции пациенту (представителю) разъяснены присущие ей вероятные эстетические и функциональные недостатки и возможные неудобства при пользовании.

5. Пациент (представитель) выбрал следующую ортодонтическую конструкцию:

_____
_____
_____.

6. Перед началом ортодонтического лечения необходимо проведение подготовительных мероприятий:

- диагностический этап: получение оттисков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, расшифровка и анализ рентгенограмм, изучение биомеханики движения челюсти и положение височно-нижнечелюстноого сустава, расчёт конструкции аппарата:

- проведение полной санации полости рта - лечение имеющихся заболеваний полости рта (кариес, пульпит и т.д.), выполнение гигиенических и профилактических мероприятий (чистка зубных отложений, фторирование зубов и т.д.), которые проводятся врачами соответствующей специализации;

- в некоторых случаях для эффективного проведения ортодонтического лечения необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, установка имплантов, пластика уздечек губ и языка; обнажение ретинированного зуба; углубление преддверия полости рта.

- в некоторых может потребоваться консультация врача-пародонтолога перед установкой ортодонтического аппарата.

7. Техника и этапы изготовления ортодонтического аппарата зависят от выбранного типа конструкции, о которых мне сообщено при составлении плана лечения.

8. При фиксации элементов брекет-системы на несъемные ортопедические конструкции (протезы) с целью улучшения фиксации может потребоваться обточка протеза(ов), что повлечет негативные последствия для эстетической функции протезов.

ОБРАЗЕЦ

9. Объем медицинских манипуляций (его расширение или отказ от запланированного объема) может быть окончательно определен только во время ортодонтического лечения, поэтому, подписывая настоящий документ, я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема медицинских манипуляций и (или) изменении ортодонтической конструкции.

10. Скрытая патология височно-нижнечелюстного сустава может быть не диагностирована на начальных этапах лечения, что приведет к изменению рекомендованного плана лечения.

11. Возможные осложнения:

- возникновение непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов);
- онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи;
- стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в зубах;
- при пережевывании и откусывании пищи с чрезмерным усилием есть вероятность поломки ортодонтического аппарата или его отдельных элементов, трещин и отколов облицовочного материала протезов.
- возникновение изменений артикуляции, в связи с чем может потребоваться консультация логопеда и выполнение артикуляционного плана, назначенного логопедом, что повлечет увеличение сроков ортодонтического лечения
- возникновение кариеса вокруг брекетов; гипертрофические изменения десневого края;
- обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) и слизистой оболочки полости рта;
- деминерализация тканей зуба;
- откол эмали;

травматический периодонтит;

- вывих зуба;

дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;

- в случае применения лингвальных брекетов возможны проблемы с дикцией и дискомфортом в области языка, отсутствием контакта отдельных групп зубов;
- поломка брекетов, дуг, травмы слизистой полости рта, зубов (риск развития осложнений повышается при несоблюдении правил бережного отношения к аппаратуре);
- резорбция тканей пародонта, корней зубов;
- стирание внутренней поверхности щек, губ элементами ортодонтической аппаратуры, что может вызвать кровоточивость, воспаление, болевые ощущения;
- уменьшение объема десневой ткани;
- в случае применения имплантов возможно развитие воспаления вокруг импланта, повышенная чувствительность к металлу, отторжение импланта повреждение корня зуба, что может потребовать дополнительного лечения или удаления имплантата;
- рецидив заболевания.

12. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции в среднем длится 1,5-2 месяца, что требует большого терпения. До начала активного этапа лечения, врач проводит коррекцию системы в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Если субъективно пациент не сможет привыкнуть к съемной ортодонтической конструкции, то деньги за изготовление и установку ортодонтической системы не возвращаются.

13. Во время эксплуатации ортодонтической конструкции при увеличении нагрузки, несоблюдении рекомендаций по методам ухода за полостью рта и ограничений в приеме пище, указанных в Памятке, могут возникать поломки ортодонтического аппарата: отклейка брекета; перелом, трещина в деталях ортодонтического аппарата.

14. При фиксации элементов брекет-системы на несъемные ортопедические конструкции (протезы) в виду плохого сцепления брекетов с керамическими и композитными материалами брикеты могут отклеиваться.

ОБРАЗЕЦ

15. Случаи, указанные в пунктах 13 и 14 настоящего согласия, не относятся к гарантийным случаям и не ремонт ортодонтической конструкции в том числе приклейка брекетов производится на платной основе.

16. При ортодонтическом лечении существует вероятность возникновения аллергической реакции на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов).

17. При возникновении аллергической реакции и невозможности пользования ортодонтической аппаратурой и ее снятии, медицинские услуги по ортодонтическому лечению считаются выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

18. Ортодонтическое лечение состоит из двух этапов – исправления прикуса (активный период) и закрепление результатов, достигнутых в процессе терапии (ретенционный период).

19. При регулярном посещении - 1-2 раза в месяц и выполнении всех рекомендаций врача-ортодонта, максимальный срок активного периода ортодонтического лечения составляет 3 года.

20. После окончания активного периода и снятия ортодонтической конструкции для закрепления полученных результатов потребуется ношение специального съёмного и/или несъёмного аппарата (ретейнера). Период ношения ретейнера рассчитывается индивидуально и может продолжаться от 2 лет до пожизненного.

21. После окончания ортодонтического лечения реставрационные материалы могут подлежать переделке. При этом все дополнительные работы оплачиваются отдельно.

22. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечение как такового.

23. Мне предоставлена информация о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

24. Я понимаю, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение.

25. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

26. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что информирован(а) о плане лечения, о существующих альтернативных методах лечения, о наличии риска для здоровья и жизни планируемого лечения и о возможных осложнениях планируемого лечения.

27. Ожидаемым 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).

28. Точный результат изменения прикуса предсказать невозможно в силу особенностей протекания биологических процессов в организме, поэтому отклонения от нормы морфологии и функции, незначительно влияющие на внешность, является индивидуальной нормой и приемлемым результатом лечения.

III блок. Иная информация и заверения.

29. Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящего медицинского вмешательства. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего лечения.

30. Мне известен прейскурант, принятый в клинике. Мне названы и со мной согласованы в том числе стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

31. Лечащий врач понятно мне объяснил технологию и этапы изготовления и установки ортодонтического аппарата. Со мной согласован план лечения, и я соглашаюсь с тем, что до начала ортодонтического лечения невозможно гарантировать отсутствие возникновения возможных особенностей лечения с учетом индивидуальных особенностей моего организма, в результате которого план лечения будет меняться.

ОБРАЗЕЦ

32. Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в том числе в связи с возможными особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

33. Я уведомлен, что во время лечения в периоде активного движения зубов может потребоваться повторное изготовление ортодонтического аппарата. В этом случае повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно.

34. Я понимаю, что если при контроле гигиены полости рта, врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта на любом этапе лечения, из-за высокого риска возникновения осложнений, мне будет рекомендовано снятие ортодонтической конструкции, при этом деньги за предшествующее лечения мне не возвращаются.

35. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

36. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

37. Я обязуюсь строгого соблюдать рекомендации врача, график прохождения профессиональной гигиены полости рта, режим эксплуатации и гигиены ортодонтического аппарата, график посещений врача-ортодонта.

38. Я обязуюсь в случае поломки ортодонтического аппарата или ретейнера его сохранить и немедленно сообщить об этом в клинику для организации внепланового приема для восстановления аппаратуры и продолжения лечения.

39. Я обязуюсь в течение всего ретенционного этапа лечения не реже четырех раз в год являться для прохождения профессиональной гигиены полости рта.

40. Я уведомлен, что нарушение обязательств, указанных в пунктах 35-38 настоящего согласия может повлечь существенное увеличение продолжительности лечения, невозможность достижения результата лечения, вероятность возникновения осложнений, которые будут требовать коррекции, что приведёт к увеличению стоимости лечения, а также может являться основанием для отказа в продолжении ортодонтического лечения, при этом деньги за оказанные услуги не возвращаются.

41. Я соглашаюсь с тем, что в связи с дальнейшим развитием зубочелюстной системы и возрастными изменениями, установление гарантийных сроков на ортодонтическое лечение невозможно и гарантийный срок лечения устанавливаются равным одному дню после снятия ортодонтической аппаратуры.

42. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

43. Я согласен (согласна) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

44. Я разрешаю предоставлять сведенья о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

45. Я разрешаю предоставлять конфиденциальные сведенья об объеме и стоимости оказанных мне услуг юристу клиники для урегулирования конфликтных ситуаций.

ОБРАЗЕЦ

46. Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных медицинских услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

47. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе медицинского вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

48. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

49. Мое решение о проведении медицинского вмешательства является добровольным.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

«____»_____ 20___г.

Подпись пациента (законного представителя): _____ /_____
(подпись пациента) *(Фамилия, инициалы)*

Беседу провел медицинский работник: _____ /_____
(подпись медицинского работника) *(Фамилия, инициалы)*

ОБРАЗЕЦ

Ставя свою подпись в приведённой ниже таблице, я подтверждаю, что повторно ознакомлен с информацией, изложенной в настоящем информированном добровольном согласии и мне была предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанным с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Также мне повторно предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе медицинского вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Ставя свою подпись в приведённой ниже таблице, я подтверждаю, что все заверения данные мной в информированном добровольном согласии, сохраняют свою силу.

ФИО пациента	№ зуба	Дата	Подпись пациента (законного представителя)	Подпись медицинского работника

ОБРАЗЕЦ