

{НаименованиеОрганизации}  
ОГРН {ОГРНОрганизации}, лицензия №  
{СерияНомерЛицензии}

Приложение к договору № {НомерОсновногоДоговора}  
от {ДатаОсновногоДоговора}

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.

Я, {ФИОЗП}, Законный представитель Пациента {ФИОПациента}, получил(а) от лечащего врача Сердюк Татьяны Игоревны всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач тщательно осмотрел зубы и полость рта Пациента, объяснил все существующие методы лечения. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных методов лечения. Мне понятен план, объем, сроки и цели лечения, возможные осложнения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения и дополнительной оплаты. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта Пациента должны быть **санированы (вылечены) до начала** ортодонтического лечения.

КЛИНИКА НЕ НЕСЁТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ВОЗМОЖНЫЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЗУБОВ, ВЫЛЕЧЕННЫХ В ДРУГИХ КЛИНИКАХ, В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного ортодонтического лечения является **хорошая гигиена полости рта**. При несоблюдении Пациентом правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариеса на зубах в зонах контакта с ортодонтической аппаратурой. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принять **решение о снятии** ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Контроль гигиены полости рта врач осуществляет по индексам гигиены. В случае снятия брекет-системы из-за несоблюдения должного уровня гигиены полости рта, денежные средства за оказанные ранее услуги не возвращаются.

Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. **Привыкание** к ортодонтическому аппарату происходит в течение 7 - 14 дней. За это время могут возникать болевые ощущения в области зубов верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губы и щеки, нарушения речи.

Мне известно, что для нормализации прикуса, **возможно, потребуется удаление** отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. При лечении без удаления повышается риск обнажения корней зубов. О необходимости удаления зубов врач-ортодонт сообщает до начала ортодонтического лечения. Также мне известно, что в ортодонтическом лечении могут использоваться миниимпланты – металлические винты, вживляемые в кость хирургическим путём. О необходимости их использования врач-ортодонт также сообщит мне до начала ортодонтического лечения.

Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение Пациента у врача-ортодонта и врача-пародонтолога. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической

аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-стоматолога-терапевта.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в Медицинской карте ортодонтического пациента. Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата и развития осложнений, несмотря на все усилия доктора и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения. Я согласен(а) тщательно выполнять все рекомендации и понимаю, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения мной рекомендаций врача полностью ложится на меня.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) о том, что **большинство аномалий и деформаций зубных рядов не носят изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом.** Вследствие этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск рецидива заболевания и необходимость избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат. В случае ортодонтического лечения, проводимого в сменном прикусе – до 10-12 лет – как правило, в дальнейшем требуется второй этап ортодонтического лечения в постоянном прикусе.

Я предупрежден(а), что перелом, трещина в пластмассовых (силиконовых) деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка (приклеивание) новых элементов не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения обеспечить ношение Пациентом ретенционных аппаратов в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив зубочелюстной патологии. В любом случае, Пациенту будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение стоматологического здоровья Пациента в постлечебном периоде ложится на меня. Я **разрешаю** доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с состоянием Пациента и лечебными процедурами, использовать их для презентационных, научных или образовательных целей в обезличенном формате.

Я уведомлен(а) и согласен(а), что некоторые штатные манипуляции по обслуживанию ортодонтической аппаратуры, не требующие высокой квалификации врача, могут осуществляться ординаторами и помощниками врача под контролем врача-ортодонта.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы, у меня не осталось невыясненных вопросов, я доверяю квалификации врача. С суммой и поэтапной формой оплаты согласен(на). Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

	Дата	Подпись и Ф.И.О. Законного представителя Пациента	Подпись и Ф.И.О. врача-ортодонта
Первичная консультация	{ДатаОсновногоДоговора}		
Согласование плана лечения			