

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ»

ИНН/КПП 5032296173/503201001 ОГРН 1185053010691

Лицензия № ЛО41-01162-50/00340605 выдана Министерством здравоохранения Московской области
13.02.2020г.

Приложение №1
к договору на оказание платных
медицинских услуг от ООО «АРТИ»

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 (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

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)

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.

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, расфигурка 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 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 наклеивкой 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,

- 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 шлифовки 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 возможность восстановления прикуса.

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, коррективки 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 лечение мне не будут возвращены.

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, 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 в 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 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;
- при несоблюдении правил гигиенического ухода за полостью рта - воспалительные заболевания пародонта, поражение твердых 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.

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 приведет 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 начала 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.

Я понимаю, что привыкание к несъемной ортодонтической системе происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения 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 пищи, 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 недостатком, 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, исключения дискомфорта, связанного с поломкой ортодонтического аппарата и записи на плановый прием для восстановления аппаратуры и продолжения лечения.

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 съемный и/или несъемный аппарат (ретенер), ношение которого с целью закрепления результатов лечения может продолжаться от 2 лет до пожизненного.

Мне понятно, что в случае поломки ретенера, необходимо не позднее трех дней обратиться в клинику для починки ретенера. Я соглашаюсь с тем, что при обращении в более поздний срок с момента поломки, препятствующей ношению ретенера, возможно изменение положения отдельных зубов, при этом ретенер 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 являться для профилактики возможных осложнений для прохождения профессиональной гигиены не реже четырех раз в год.

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).

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 ознакомился(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 так же 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) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 202__ г.