

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«Артадент»

Юридический адрес: 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, 1 этаж, 2 подъезд, помещение 21

Фактический адрес: 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, помещение 3/1
Тел.: 8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: art-a-dent@mail.ru ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОБЩЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я _____,

(ФИО пациента/представителя)

(паспорт серии _____ N _____, выдан "___" _____ г.

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,

_____ , являясь законным представителем

(ФИО)

"___" _____ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу: _____,

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен с названными мне условиями его проведения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения.

Цель лечения - коррекция положения зубов и соотношения челюстей между собой.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность, индивидуальные особенности перемещения зубов и т.д.); допустимо увеличение сроков лечения в определенных случаях, в том числе и в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- консультация стоматолога(ов) иного профиля;
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- фотосъемка/видеосъемка;
- рентгенологические обследования.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг. (я даю согласие в отношении

на фотографирование лица и зубных рядов при оказании медицинских услуг)

Я подтверждаю, что указанные виды обследований мне рекомендованы и предложены для прохождения до начала лечения, и я беру на себя всю ответственность за последствия, возникшие в результате отказа от их прохождения.

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и материалам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я понимаю, что отказ от перечисленных выше, а также не упомянутых здесь дополнительных обследований может повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, терапевтическим и диагностическим процедурам и **Исполнитель не несет ответственности** в случае возникновения осложнений, если я не сообщил или не знал о противопоказаниях, но дал свое согласие на процедуру.

Я проинформирован о возможных рисках, а именно:

- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: усугубление зубочелюстной аномалии, патология пародонта, рецессия десневого края в области передних и боковых зубов, развитие заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, появление головных болей и болей в области шеи и т.д.;
- о возникновении боли (болезненных ощущений) во время периода адаптации к ортодонтическому аппарату (брекет-системе), а также после его активации;

- о возможном разобщении прикуса на этапе лечения, что не позволит плотно сжать зубы и тем самым ограничит пережевывание пищи;
- о необходимости замены постоянных коронок на временные перед началом ортодонтического лечения;
- о том, что в процессе ортодонтического лечения возможно изменение параметров лица (профиль лица, положение верхней и нижней губ, щёк);
- о том, что при использовании брекет-систем происходит изменение цвета эластичных лигатур (на плановых приемах производится замена лигатур на новые);
- о возможных осложнениях на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача:
 - нарушение целостности эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) - вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;
 - избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций - вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
 - невозможность перемещения зуба - вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
 - усиление опускания десны - вследствие развития начальных признаков этого процесса, имевшихся еще до начала лечения;
 - рассасывание верхушек корней - вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата, нарушения рекомендаций врача;
 - возникновение щелчков, хруста, болезненных ощущений в области височно-нижнечелюстного сустава, связанное с перестройкой прикуса или изменением положения нижней челюсти, на период ортодонтического лечения;
 - нарушение речевой функции - временно, на период ортодонтического лечения;
 - поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт - вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.);
 - частичная или полная потеря достигнутого результата - вследствие несоблюдения требований к закрепляющему (ретенционному) периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов « мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;
 - возможность проявления аллергической реакции на материалы, используемые в ортодонтических конструкциях: онемение языка, жжение в полости рта, болезненность, дискомфорт.

Я проинформирован:

- о необходимости тщательной гигиены полости рта на этапе ортодонтического лечения с использованием различных средств гигиены (зубные щетки, ершики, монопучковые щетки, флоссы); в среднем 1 раз в 3 месяца рекомендуется проведение профессиональной гигиенической чистки;
- о необходимости регулярно (в среднем 1 раз в 4 недели) посещать лечащего врача-ортодонта;
- о том, что после завершения ортодонтического лечения может потребоваться восстановление формы и размера зубов ортопедическими конструкциями (коронки, виниры, вкладки и т.д.);
- о том, что в случае использования лингвальных (внутренних) брекет-систем или капп Invisalign, Flexiligner, 3D Smile в процессе лечения на переднюю поверхность зубов будут устанавливаться композитные (по цвету зубов) « кнопки», которые являются неотъемлемой частью ортодонтического лечения. В случае использования вестибулярных (наружных) брекет-систем, « кнопки» могут устанавливаться на внутреннюю поверхность зубов;
- о том, что для коррекции соотношения верхних и нижних зубов (прикуса) потребуется использование эластичных межчелюстных тяг.

Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Средний гарантийный срок и средний срок службы составляют:

- на ортодонтические аппараты внеротовые - 6 мес. и 6 мес., соответственно;
- на ортодонтические аппараты внутриротовые: съемные ортодонтические аппараты - 3 мес. и 3 мес., соответственно; несъемные ортодонтические аппараты - 6 мес. и 6 мес., соответственно;
- на несъемные ретейнеры - 1 год и 1 год, соответственно;
- на эластопозиционеры, трейнеры, -3 мес. и 3 мес., соответственно.
- элайнеры – 1 мес. и 1 мес.

В случае отклейки брекета от зуба, первая перефиксация на данном зубе проводится бесплатно, вторая перефиксация брекета на данном конкретном зубе-за счет пациента. В случае если на данный зуб требуется в

третий раз перефиксировать брекет, то приобретается новый брекет для этого зуба и фиксируется за счет пациента. Перефиксация нового брекета на данном зубе, в случае его отклейки, осуществляется по изложенным выше правилам.

Врачом могут быть установлены индивидуальные гарантийные сроки и сроки службы, что фиксируется в медицинской карте стоматологического больного.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

«__» _____ 20__ г. Подпись, ФИО полностью _____ / _____ /

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал ответы на все вопросы.

ФИО врача _____, подпись _____