

Приложение к договору 3.13

Информационное согласие проведение ортодонтического лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о том, что мне необходимо провести ортодонтическое лечение.

Этот документ содержит необходимую информацию для того, чтобы я ознакомился(лась) с предложенным лечением и мог(ла) отказаться от него или дать согласие на проведение данного лечения.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование зубочелюстной деформации, возникновение или ухудшение заболеваний пародонта, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, в дальнейшем – быстрая потеря зубов вследствие неправильного распределения нагрузки, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, невралгии.

Альтернативными методами лечения являются: ортопедическое лечение после достижения определенного возраста несъемными или съемными конструкциями протезов, отсутствие лечения вообще.

Хотя ортодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач объяснил мне все возможные осложнения, которые могут возникнуть во время ортодонтического лечения, такие как:

- 1) кариес и декальцинация эмали зубов в случае несоблюдения достаточной гигиены полости рта или генетической склонности эмали к кариозным поражениям;
- 2) резорбция корня зуба при несоблюдении рекомендаций врача и графика посещений;
- 3) возможность травмы при неосторожном использовании аппарата и несоблюдения рекомендаций;
- 4) изменения в состоянии височно-нижнечелюстного сустава;
- 5) возможна нестабильность результата как следствие несоблюдения правил использования ретенционными аппаратами, степени сложности клинической ситуации, а также биологической особенностью тканей полости рта.

В зависимости от возраста пациента и сложности первоначальной ситуации возможно пожизненное удерживание достигнутого результата ортодонтического лечения.

Одним из видов несъемного ретенционного аппарата может быть шинирование в области перемещения зубов.

В случаях, когда индивидуальная анатомическая форма зубов имеет ширину коронки зуба, что превышает функционально необходимую, врач

производит сепарирование межзубных контактов с дальнейшим укреплением эмали зубов фторсодержащими препаратами.

Врач объяснил мне возможность возникновения чувства дискомфорта и боли на этапах проведения ортодонтического лечения.

Кроме этого, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в дальнейшем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни.

Понимая суть предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предвидеть точный результат запланированного лечения. Я понимаю, что мне не даются гарантии, но думаю, что лечение в моих интересах.

Мне объяснили все возможные последствия лечения, а также альтернативные методы. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Этот документ – неотъемлемая часть истории болезни.

Дата _____

Пациент _____
(фамилия, подпись)