стоматологический центр
КЛИНИКА ИН
раз и навсегда!

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение ортодонтического лечения (исправления прикуса)

Я, _____ проинформирован врачом-стоматологом о том, что мне показано ортодонтическое лечение, включающее в себя исправление прикуса и/или положения отдельных зубов. Доктор разъяснил мне варианты и методы ортодонтического лечения в моем клиническом случае, рассказал о подготовке к ортодонтическому лечению (в частности, о санации полости рта, профессиональной гигиене, необходимости удаления зубов мудрости и т. д.), его сроках и особенностях. В случае отказа от ортодонтического лечения моё стоматологическое здоровье может ухудшаться. Это может повлечь за собой ряд осложнений (пародонтит, мышечно-суставная дисфункция, повышенная стираемость зубов, бруксизм и т. д.). Меня проинформировали обо всех возможных альтернативных методах лечения.

Меня предупредили о том, что для первичной диагностики состояния зубочелюстной системы, оценки прикуса и планирования ортодонтического лечения требуется специальное обследование, включающее в себя: внутриротовое сканирование, снятие оттисков с зубных рядов, телерентгенографии (ТРГ) в прямом и/или боковой проекции, серии дентальных фотографий и т. п. по указанию врача-ортодонта.

Я даю своё согласие проведение ортодонтическую диагностику в объеме, необходимом для оценки моего прикуса и планирования ортодонтического лечения, согласно рекомендациям врача-ортодонта: _____

Врач-ортодонт ознакомил меня с вариантами применимых в моём клиническом случае ортодонтических аппаратов, методик и конструкций. Я понимаю, что даже самый совершенный и современный ортодонтический аппарат требует наблюдения, периодической коррекции и ухода. Мне объяснили, что в процессе ортодонтического лечения могут возникнуть обстоятельства, требующие от врача принятия решения, либо проведения дополнительных манипуляций в дополнение к оговоренным ранее.

Я даю согласие на использование рекомендованной ортодонтической техники, а также уполномочиваю ортодонта делать то, что он сочтет нужным в дополнение к ранее оговоренному лечению, если того требует достижение результата: _____

Врач-ортодонт рассказал мне о важности поддержания приемлемого уровня гигиены полости рта, необходимости регулярной профессиональной гигиены и тщательного индивидуального ухода за полостью рта. Невыполнение требований по уходу за полостью рта сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата ортодонтического лечения, также может привести к серьезным осложнениям в виде кариеса, осложнений кариеса, заболеваний пародонта и т. д.

Меня уведомили о необходимости тщательного соблюдения всех рекомендаций и графика ортодонтических приемов, и я понимаю, что в случае невыполнения этих рекомендаций и нарушения графика ответственность за неблагоприятный исход и ухудшение состояния моего стоматологического здоровья ложится на меня. Систематические нарушения рекомендаций ортодонта и графика ортодонтических приемов является основанием для прекращения лечения и расторжения Договора.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача-ортодонта для достижения наилучшего результата ортодонтического лечения, не нарушать график ортодонтических приемов и поддерживать приемлемый уровень гигиены полости рта: _____

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов ортодонтического лечения, связанная с изменением в моём внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не является основанием для предъявления претензий. Меня проинформировали о том, что ортодонтическое лечение является негарантийным, и вследствие индивидуальных особенностей существует риск неудачи или рецидива, что иногда требует повторного лечения, тотального протезирования и т. д. В любом случае, мне необходимы систематическое наблюдение, контроль и профессиональный уход за полостью рта.

Со мной согласован финансовый план предстоящего ортодонтического лечения, я проинформирован о схеме и порядке оплаты, обязуюсь его выполнять _____

Данное информированное согласие является юридическим документом, является неотъемлемой частью моей медицинской карты и несет для меня правовые последствия. Я подтверждаю своё согласие на проведение мне ортодонтического лечения (исправления прикуса).

Подпись пациента: _____ **Дата:** _____