

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о необходимости проведения ортодонтического лечения.

1. Я получил(а) от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

2. Я был(а) предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены.)

3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5–2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.

4. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике 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 все неприятные ощущения проходят. Мне известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о необходимости проведения ортодонтического лечения.

1. Я получил(а) от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

2. Я был(а) предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены.)

3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5–2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.

4. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике 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 все неприятные ощущения проходят. Мне известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

5. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

6. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

7. Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта.)

8. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

9. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма и одобряя его, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом.

10 Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

11. Я знаю, что после проведенного ортодонтического лечения съемная и несъемная ретенционная аппаратура оплачивается дополнительно.

Я внимательно прочитал(а) все пункты договора и понимаю, что невозможно предугадать все вероятные осложнения, которые могут возникать при проведении лечения, а также, что преимущества предполагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения.

Я подтверждаю согласие на проведение мне ортодонтического лечения.

« _____ » _____ 20 ____ года

Подпись пациента _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

Подпись врача _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

2017 г. ИПК «Газпресс». З. 99. Т. 1300.

5. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

6. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

7. Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта.)

8. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

9. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма и одобряя его, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом.

10 Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

11. Я знаю, что после проведенного ортодонтического лечения съемная и несъемная ретенционная аппаратура оплачивается дополнительно.

Я внимательно прочитал(а) все пункты договора и понимаю, что невозможно предугадать все вероятные осложнения, которые могут возникать при проведении лечения, а также, что преимущества предполагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения.

Я подтверждаю согласие на проведение мне ортодонтического лечения.

« _____ » _____ 20 ____ года

Подпись пациента _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

Подпись врача _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

2017 г. ИПК «Газпресс». З. 99. Т. 1300.