Приложение №1 к Договору

на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие**

 **на ортодонтическое лечение с помощью ортодонтических минивинтов, микровинтов (хирургический этап)**

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 моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

**1.Я проинформирован(на) врачом-ортодонтом** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о показаниях к проведению мне/ лицу, в интересах которого дается ИДС (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС) ортодонтического лечения с помощью брекет-системы и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

2. **Я проинформирован(на) врачом-хирургом** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о показаниях к проведению мне/ лицу, в интересах которого дается ИДС (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС) ортодонтического лечения с помощью брекет-системы и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза

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

*2.1. Ортодонтические мини (микровинты) являются вспомогательной, в некоторых случаях основной технологией ортодонтического лечения, которая позволяет нормализовать положение зубов и скорректировать неправильный прикус практически любой сложности.*

*2.2. Ортодонтическое лечение может способствовать сохранению здоровья зубов и созданию красивой улыбки, тем не менее, оно имеет ограничения и потенциальные риски, которые необходимо учитывать перед принятием решения о начале лечения. Многие из них могут возникнуть и без лечения, но при использовании ортодонтических устройств риск их возникновения и развития выше.*

*2.3. Установка Ортодонтического мини (микровинта) производиться врачом хирургом, под местной анестезией, в положение обозначенное врачом – ортодонтом. Фирма производителя ортодонтическо мини (микровинта) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, размер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*2.4. Установка Ортодонтического мини (микровинта) может производиться, как при помощи ручной отвертки, так и при помощи специального оборудования (физиодиспенсер). В день установки Ортодонтического мини (микровинта)врачом-хирургом, я должен буду явиться к врачу-ортодонту для активации аппаратуры. По завершению ортодонтического лечения Ортодонтический мини (микровинт)удалят.*

**3. Мне известно, что существуют предсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:**

*3.1. Выполнение всех назначений и рекомендаций врача, регулярность осмотров. Невыполнение рекомендаций и назначений, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на окончательном результате.*

 *3.2. Уход за аппаратурой, гигиена полости рта и соблюдение режима питания. Плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита и декальцификации зубов (возникновения белых точек), употребление жесткой и грубой пищи, может приводить к поломке аппаратуры, что влечет негативные последствия в целом для результата лечения.*

*3.3. Ношение эластичной тяги (силы, которые прикладываются к зубам для того, чтобы переместить их в правильное положение). Продолжительность и аккуратность их ношения влияет на результат лечения. Четко следуйте рекомендациям врача-ортодонта.*

 **4. Мне так же известны непредсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:**

*4.1. Вредные привычки. Сосание пальца, прикусывание губы, прокладывание языка между зубами во время глотания и другие вредные привычки являются причиной формирования большинства зубочелюстных аномалий. Сотрудничество с врачом, желание избавиться от вредной привычки и выполнение всех рекомендаций врача-ортодонта служат залогом успешного лечения. В противном случае, вредные привычки могут препятствовать движению зубов в правильное положение или вызвать возвращение зубов в прежнее положение после снятия брекет-системы.*

 *4.2. Генетически обусловленная модель роста лицевого скелета. Необычная форма лицевого скелета, недостаточный или избыточный рост лица могут повлиять на результаты лечения и вызвать перемещение зубов после снятия аппаратуры. В таких ситуациях может быть рекомендована помощь челюстно-лицевого хирурга.*

*4.3. Перемещение зубов после окончания лечения. Зубы имеют тенденцию смещаться как после окончания лечения, так и после периода ретенции (период, связанный с необходимостью укрепить зубы в новом для них положении). Наиболее частыми примерами являются повороты и скученность нижних передних зубов или возникновение незначительной щели между зубами на стороне удаления или между верхними центральными резцами. Для стабилизации достигнутого результата необходимо более длительное ношение несъемных и (или) съемных ретейнеров (иногда пожизненное), о чем Вас обязательно уведомит врач-ортодонт.*

*4.4. Проблемы в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), благодаря которому движется нижняя челюсть, проявляющиеся болями в области самого сустава, головными болями и (или) затруднением при жевании до, во время или после ортодонтическог лечения. Подобное состояние может быть вызвано неправильным положением зубов, прикуса или бессимптомно существовавших до начала лечения нарушений ВНЧС. Для улучшения ситуации в суставе врачом может быть рекомендовано избирательное пришлифовывание (сглаживание или изменение формы зуба) или другое специальное лечение.*

*4.5. Ретенированные (непрорезавшиеся, неспособные прорезаться самостоятельно) зубы. Иногда выдвинуть ретенированный зуб не представляется возможным в связи со строением корня зуба или костной ткани вокруг него. Так же при выдвижении иногда возникают факторы, которые могут привести к подвижности таких зубов, частичному возврату в их исходное положение или даже к потере.*

 *4.6. Рассасывание корней. Во время ортодонтического лечения, когда зубы перемещаются, происходит уменьшение длины корней (рассасывание). Незначительное уменьшение длины корней зубов обычно не дает оснований для беспокойства. Значительное рассасывание корней может ухудшить долгосрочный прогноз, увеличивая возможность преждевременной потери зуба. К подобному состоянию могут привести травмы, нарушения прорезывания, эндокринные заболевания, наследственная предрасположенность некоторых пациентов к таким проявлениям.*

*4.7. Неживые или «мертвые» зубы. Состояние ранее травмированного (повреждённого ударом или мертвого по другой причине) зуба по прошествии какого-то периода времени может естественным образом ухудшиться вне связи с ортодонтическим лечением. Зуб становится более хрупким, может измениться в цвете. В таком случае потребуется дополнительное эндодонтическое (лечение корневых каналов) или ортопедическое восстановление (протезирование).*

*4.8. Заболевания десен. Воспаление десен может начаться как до начала лечения, так и развиться во время него. Во время лечения воспалительный процесс может усилиться, приводя к потере костной ткани вокруг зубов. Качественная чистка зубов в домашних условиях и регулярное проведение комплекса профилактических процедур врачом помогут держать ситуацию под контролем.*

*4.9. Необычные происшествия. Проглатывание аппаратуры, сколы зубов, микротрещины, смещение реставрации.*

**5. Я предупрежден(на), что:**

• *Ортодонтический мини (микровинт)* может не остеоинтегрировать (не держаться, выпасть раньше необходимого срока лечения), в связи с особенностями организма, в таком случае понадобится его переустановка.

• ортодонтический аппарат может натирать или царапать слизистую губ и щёк в течение первых 2–3 недель после начала лечения;

• о возможном риске и возможных осложнениях в ходе и после анестезии, а также в результате приема лекарственных препаратов: боль, отек, инфекция и изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны. Могут появиться онемение губ, языка, подбородка, щеки или зубов. Также возможны аллергические реакции на используемые лекарственные препараты, в связи с чем мной лечащему врачу дана исчерпывающая информация о каких-либо непредвиденных реакциях на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, пыль.

• в процессе установки микровинта может произойти его отлом, в этом случае извлечение отломка происходит хирургическим путем под местной анестезией и не влечет негативных последствий. • возможно травматическое повреждение корня зуба винтом.

• для достижения желаемого результата может потребоваться удаление отдельных зубов, протезирование, замена пломб до и/или после ортодонтического лечения;

 • активацию съемных аппаратов и несъемной техники необходимо производить строго в сроки, указанные лечащим врачом;

• для закрепления результата лечения необходимо носить ретенционный аппарат, в противном случае может развиться рецидив аномалии прикуса.

 **6. Мне названы и со мной согласованы:** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе ортодонтического лечения, ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость. Со мной был согласован план ортодонтического лечения, его объемы и сроки, а также возможность его коррекции во время лечения.

**7. Возможные альтернативные варианты лечения**, а именно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Возможные негативные последствия** в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться** с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Апекс». Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Я согласен(-на), что никто не может предсказать точный результат ортодонтического лечения по причине уникальности организма каждого и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в достижении и сохранении результата, при этом мне безусловно гарантировано:

• точность диагностики;

• выбор оптимальной аппаратуры для исправления прикуса;

 • улучшение эстетики и функций зубочелюстной системы;

**10. Я понимаю, что:**

• для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля;

 • условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача;

• значительные результаты лечения могут быть достигнуты только в тесном сотрудничестве пациента с врачом, увеличение сроков лечения и/или компромиссные результаты лечения могут быть следствием слабого сотрудничества;

 **11. Я удостоверяю своей подписью, что**

• мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

• я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

**12. Я разрешаю предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.**

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.*

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фио подпись

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фио подпись

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г