



stomline.

Приложение к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (Ортодонтическое лечение)

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__ г.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

на медицинское вмешательство- ортодонтическое лечение, _____

Мне сообщено, что проводить лечение будет специалист соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-ортодонт: _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом. Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем: Я добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.

Я ознакомлен (а) и согласен (а):

- с дополнительными исследованиями необходимыми для постановки диагноза и выработки плана лечения;
- с предлагаемым планом лечения с использованием различных видов аппаратуры;
- ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом (т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это);
- технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур,
- рисками, исходами;
- с альтернативными вариантами лечения и их примерно стоимостью.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) с выбранным вариантом и планом ортодонтического лечения.

Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть полностью санированы до начала ортодонтического лечения.

Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации перед началом ортодонтического лечения показана профессиональная гигиена полости рта, целью которой является удаление мягких и твердых над/и поддесневых зубных отложений для создания благоприятных условий в полости рта для дальнейшего лечения.

Пациент _____

«__» _____ 20__ г.

(ФИО пациента, либо законного представителя)

(подпись)

Я проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая индивидуальная 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.

Я поставлен(а) в известность, что в течение всего периода ортодонтического лечения мне необходимо будет проводить профессиональную комплексную гигиену полости рта каждые 3 месяца. Данная процедура оплачивается отдельно.

В ретенционный период уровень гигиены, адекватный уровню гигиены в период активного лечения, должен сохраняться.

Я понимаю, что ортодонтическая аппаратура- это инородное тело в полости рта. Адаптация к ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени и может продолжаться несколько месяцев. В период адаптации могут возникать:

- Болевые ощущения и дискомфорт в области верхней и нижней челюсти при разговоре и приеме пищи, проведении гигиенических процедур полости рта;
- Натирание слизистой оболочки щек и губ;
- Кровоточивость десен.

Я предупрежден(а), что в ходе ортодонтического лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно:

- аллергические реакции на компоненты ортодонтической аппаратуры;
- появление очагов деминерализации эмали и развития кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и вне его;
- повышение чувствительности зубов;
- обострение заболеваний пародонта зубов, обусловленные скрытыми очагами инфекции;
- возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у смежных специалистов;
- повышение подвижности зубов, в следствие необходимости их перемещения;
- резорбция (рассасывание) корней зуба, в следствие значительного перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения;
- повышение слюноотделения;
- изменение дикции;
- изменение вкусовых ощущений;
- поломка ортодонтической аппаратуры и попадание ее частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт в следствие нарушений рекомендаций врача, режима и правил использования ортодонтической аппаратуры.

Мне известно, что может потребоваться удаление зубов на верхней/нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач предупредил меня до начала ортодонтического лечения.

Я предупрежден(а), что успех и ожидаемый эффект ортодонтического лечения зависит от качества санации полости рта до начала лечения, а также строго соблюдения рекомендаций лечащего врача- ортодонта, а именно:

- своевременные плановые и регулярные осмотры врача-ортодонта, как в процессе активного лечения, так и в ретенционном периоде;
- тщательное соблюдение индивидуальной гигиены полости рта. Регулярная (раз в 3 месяца) профессиональная гигиена полости рта.

Я уведомлен (а), что невыполнение выше указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных эффектов ортодонтического лечения, что обусловит невозможность достижения ожидаемого эффекта ортодонтического лечения.

Я понимаю, что заключительным этапом ортодонтического лечения после окончания активного периода является **ретенционный период** и достижение ожидаемого эффекта ортодонтического лечения возможно только при применении ретенционного аппарата в течение всего периода необходимого для закрепления ортодонтического лечения.

Я уведомлен(а), что для сохранения ортодонтического результата и здоровья зубов и полости рта нужно проводить профессиональную гигиену полости рта один раз в 6 месяцев.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Я предупрежден(а), что отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшийся у пациента патологии прикуса, снижение качества стоматологических услуг и удлинение сроков ортодонтического лечения.

Я согласен(на), что контроль за ношением ретенционного аппарата будет осуществлять **врач-ортодонт** _____ в соответствии с графиком плановых посещений. Контроль осуществляется только при очных визитах пациента в клинику.

Я предупрежден(а), что консультации и приемы не осуществляются дистанционно (Skype\WhatsApp\Telegram\Viber\Mail и др.)

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь 100% гарантии успеха, даже, при идеальном выполнении всех этапов.

Я уведомлен(а) о том, что переломы, трещины ортодонтических (съёмных\несъёмных\ ретенционных) аппаратов, приварка или приклейка новых элементов, замена утерянных и/или отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения, а также изготовление нового ретенционного аппарата -не относятся к гарантийным случаям и оплачивается отдельно.

Я уведомлен(а), что с целью предупреждения поломки ортодонтического аппарата и для достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения, рекомендуется не принимать в пищу продукты и напитки, повышающие риск возникновения кариеса, заболевания десен и способствующие нарушению фиксации ортодонтической конструкции:

- очень горячие/холодные продукты;
- продукты и напитки с повышенной кислотностью;
- жевательная резинка, ириски, халва;
- орехи, сушки, сухари;
- откусывать большие куски от твердых овощей/фруктов и иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнения проведенного ортодонтического лечения установление гарантийных сроков по данному виду работы невозможно.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого ортодонтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

- об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
- о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);

- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
- о принимаемых лекарственных средствах;
- о наследственности;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
- о проведении косметологических (инъекционных и не инъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Для женщин: Беременность ___ ДА ___ НЕТ на момент проведения манипуляции

СОГЛАСИЕ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача- стоматолога) (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (ФИО гражданина) _____ (контактный телефон)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача- стоматолога) (подпись)

ОТКАЗ: *Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.*

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)