

Информированное согласие на проведение ортодонтического лечения

Настоящее добровольное согласие составлено во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с целью обеспечить пациентов необходимой, доступной и достоверной информацией об услугах, оказываемых стоматологической клиникой.

Я, _____ подтверждаю, что врач стоматолог-ортодонт _____ провел(а) со мной беседу, в ходе которой в доступной мне форме информировал меня о:

- сути, целях и предполагаемых результатах рекомендуемого мне ортодонтического лечения;
- необходимости проведения дополнительного обследования для постановки окончательного диагноза;
- возможной необходимости удаления отдельных зубов по ортодонтическим показаниям;
- методах, предполагаемых этапах и средствах ортодонтического лечения;
- возможных альтернативных вариантах лечения;
- видах применяемой ортодонтической аппаратуры;
- подготовительных мероприятиях перед началом лечения;
- возможных последствиях, рисках и осложнениях в ходе и по окончании лечения;
- предположительных стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

Я был(а) информирован(а) о том, что в ходе предварительного обследования мне был поставлен диагноз _____

что является прямым показанием для проведения ортодонтического лечения.

Доктор ознакомил меня с наиболее рациональным планом лечения и проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Меня также информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, которые в моем случае будут менее эффективны.

Доктор подробно ознакомил меня с предлагаемой аппаратурой, и объяснил необходимость тщательно соблюдать рекомендации по гигиене полости рта, режиму пользования и уходу за аппаратурой, периодичности регулярных визитов в клинику для контроля и активации аппаратуры.

Я понимаю, что нарушение правил гигиены полости рта может приводить к таким негативным последствиям, как деминерализация эмали, вплоть до развития кариеса и его осложнений, гингивиты, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, откол эмали при снятии аппаратуры, обострение хронических заболеваний пародонта.

Я согласен выполнять все предписанные процедуры и понимаю, что при несоблюдении этого условия, согласно Договору на оказание платных медицинских услуг от _____ г., доктор имеет право прервать начатое ортодонтическое лечение на любом этапе во избежание возникновения указанных осложнений. Я предупрежден(а), что в случае неоднократной неявки на прием, клиника в одностороннем порядке имеет право прервать мое лечение.

Меня ознакомили с необходимостью регулярных визитов в клинику, как во время активного этапа лечения, так и в период ретенции (период закрепления и удержания результатов ортодонтического лечения). Я понимаю, что несоблюдение этого условия может приводить к изменению запланированных сроков лечения, влиять на качество проводимого лечения и приводить к возникновению рецидива зубочелюстной аномалии.

Я понимаю, что предложенное мне лечение является вмешательством в биологический организм, обладающий индивидуальной реакцией на оказываемую нагрузку, поэтому невозможно гарантировать 100%-ный успех как отдельных этапов лечения, так всего лечения в целом. Меня информировали, что в силу ряда факторов (например, индивидуальных анатомических особенностей зубов и пр.), ортодонтическое лечение может быть не окончанием стоматологической реабилитации, а лишь этапом перед эстетической реставрацией или иным способом ортопедической реабилитации.

Я понимаю, что успешный результат ортодонтического лечения может быть значительно снижен, а в ходе и по окончании лечения могут возникнуть осложнения и рецидивы, в таких случаях, как неявка на прием, невыполнение рекомендаций врача, нарушения правил гигиены полости рта, обращение до окончания лечения в другую стоматологическую клинику.

Мне объяснили суть всех осложнений (дискомфортных состояний), которые могут возникнуть в связи с индивидуальной реакцией организма на лечение, и я понимаю, что возможное возникновение таких осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с высокой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причинам, не зависящим от лечащего врача, определение конкретных прогнозов и сроков лечения по данному виду работ невозможно.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) понятные мне, исчерпывающие ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и после его окончания. Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, предупредил(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях организма, наличие в анамнезе и по факту заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предложенного лечения или служить противопоказанием к его проведению.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Будучи информированным(ой) и предупрежденным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья.

Я осознаю, что на основании полученной информации я могу как отказаться от предложенного мне лечения, так и дать свое согласие на его проведение. При этом, при принятии данного решения на меня не оказывается никакого давления.

В связи с этим, на основании сообщенной мне информации, я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение ортодонтического лечения _____

Я согласен(на) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи для улучшения качества диагностики и анализа хода лечения.

Я согласен(на) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения мне понятны и полностью меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Также по своему желанию сообщаю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья в случае необходимости

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ 2022г.

Пациент _____ / _____ /

Врач стоматолог-ортодонт _____ / _____ /