

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
С ПОМОЩЬЮ ЭЛАЙНЕРОВ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г.р.
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие и признаю, что план ортодонтического лечения без брекетов методом _____ имеет целью выравнивание моих зубов и коррекцию патологии прикуса с помощью прозрачных съемных капп — элайнеров.

Врач-ортодонт _____, после предварительных диагностических исследований и клинической оценки ортодонтического статуса моих зубов подробно и понятно предоставил мне информацию об особенностях данного метода ортодонтического лечения и объяснил мне, что:

я должен(а) каждый месяц пунктуально посещать врача-ортодонта в контрольные дни, назначенные мне для проверки эффективности курса лечения.

При каждом моём посещении врача-ортодонта он будет выдавать мне количество пар капп, соответствующее промежутку времени между посещениями, и я буду продолжать курс лечения в соответствии с согласованным планом ортодонтического лечения.

Я буду использовать каждый комплект капп в течение 7-14 дней, срок ношения определяет врач-ортодонт. Если у меня не получилось явиться вовремя на прием к доктору, я буду продолжать носить последний набор капп, не снимая, до того момента пока не приду на прием.

После установки каппы во рту может в некоторой степени ощущаться дискомфорт в зубах, положение которых необходимо изменить, и мне разъяснено, что такой дискомфорт является естественным следствием давления, оказываемого каппой на зубы.

Я соглашаюсь с тем, что для достижения результата, может быть использована апроксимальная сепарация эмали зубов во фронтальном и/или в боковых отделах, в указанном в плане лечения объеме, а также использование дополнительной скелетной опоры в виде ортодонтических мини-имплантатов.

Я должен(а) использовать свои каппы 20-22 часа в сутки и буду их снимать только для еды или их чистки.

Я должен(а) мыть свои каппы холодной водой, чтобы не деформировать устройство, предпочтительно используя нейтральные моющие средства.

Я должен(а) хранить свои каппы в специальной упаковке, чтобы предотвратить их потерю или поломку.

Я должен(а) извлекать свои каппы в области задних моляров, чтобы случайно не сломать их.

Я должен(а) тщательно следить за гигиеной полости рта и за состоянием своих капп, чтобы предотвратить возникновение десенных воспалений, которые замедляют курс лечения.

В случае если у меня возникнут трудности с дикцией в первый день начала курса лечения, я должен(а) буду выполнять упражнения по модуляции и читать вслух.

Я должен(а) выполнять специальные упражнения для тренировки жевания без сильного надавливания с аппаратом во рту, особенно при лечении интрузии.

Я понимаю и принимаю тот факт, что побочные эффекты и осложнения могут у меня возникнуть вследствие биологических индивидуальных особенностей моего организма, и используемая технология оказания метода лечения не может полностью исключить вероятность их наступления, Клиника не несет ответственности за наступление осложнений, если услуга была оказана с соблюдением всех необходимых правил и требований.

С учетом всего вышеизложенного, я понимаю, что успешный результат ортодонтического лечения согласованным мною методом не гарантируется.

Я даю согласие на клиническое фотографирование, ведение аудио и видеозаписи во время лечебного процесса, понимая, что эти сведения останутся собственностью Клиники.

Пациент внимательно осмотрен врачом-ортодонтом, Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, принял решение осуществить ортодонтическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять необходимые медицинские манипуляции в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

Пациентом (его законным представителем) при подписании Договора заданы врачу следующие вопросы, на которые получены следующие ответы:

Вопрос: _____

Ответ: _____

Иные вопросы у Пациента (его законного представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой ортодонтической услуги.

_____ («_____») «_____» _____ 20__ г.
подпись Пациента (законного представителя)

_____ («_____») «_____» _____ 20__ г.
подпись врача-ортодонта