

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортодонтическое лечение (несъемной аппаратурой)

Перед началом ортодонтического лечения необходимо провести полную санацию полости рта, устранить очаги хронической инфекции зубов и слизистой полости рта.

Во время ортодонтического лечения могут возникать разрушения зубов и искусственных реставраций (трещины, сколы, переломы, клиновидные дефекты), что связано с постоянным изменением точек контактов между зубами, перегрузкой отдельных зубов. Привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения при откусывании и пережевывании пищи, натирание слизистой оболочки губ и щек. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят. При использовании лингвальной брекет-системы возможно нарушение дикции, проходящее в течение двух-трех недель. После активации аппаратов или после смены дуг возможен дискомфорт, болезненность, неприятные ощущения в зубах от давления при жевании, травмирование слизистой губ и щек в первые 3-7 дней, затрудненное жевание. Для облегчения адаптации к несъемной ортодонтической аппаратуре можно воспользоваться специальным защитным воском. Информирован (а), что должен(на) придерживаться особых правил питания, исключающих возможность механического повреждения ортодонтических конструкций, а также исключить любые действия, которые могут привести к травме зубов и челюстей. Ортодонтическое лечение характеризуется длительностью (до нескольких лет) и сложностью, обусловленной серьезностью вмешательства в зубочелюстно-лицевую систему и организм целом. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, согласен (на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Доктор информировал меня о необходимости строгого соблюдения этапов ортодонтического лечения.

Для нормализации прикуса в отдельных случаях может потребоваться удаление некоторых зубов.

При значительных перемещениях зубов может возникать резорбция (рассасывание) корней зубов (в мировой практике 3-5%), а также она может происходить при ортодонтическом лечении на фоне приема гормональных препаратов. Если Вам назначена и проводится гормональная терапия, Вы должны предупредить об этом врача-ортодонта. Ортодонтическое лечение не показано во время беременности. При неудовлетворительном уходе за полостью рта высокий риск возникновения кариеса зубов и пародонтита. Несъемная аппаратура препятствует самоочищению полости рта, поэтому необходимо чистить зубы после каждого приема пищи, до полного очищения зубов от пищевых остатков и налета.

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 гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, пигментации эмали, пародонтит, гингивит).

Профессиональную гигиену необходимо делать один раз в три месяца. Контроль за гигиеной полости рта осуществляет врач-ортодонт, который проводит контроль гигиены во время каждого визита к врачу-ортодонту. При систематических (3 и более) неудовлетворительных результатах гигиены полости рта, отмеченных врачом-ортодонтом, врач вправе прекратить ортодонтическое лечение без возвращения пациенту затраченных на лечение средств.

Возможно возникновение обострений хронических заболеваний пародонта — пародонтита, возникновение гингивита.

Может потребоваться проведение комплексного лечения у врача-пародонтолога и снятие ортодонтической аппаратуры на время пародонтологического лечения, что приведет к удорожанию стоимости ортодонтического лечения и удлинению сроков лечения.

Возможны обострения хронического периодонтита зубов, что обусловлено наличием очагов хронической инфекции в области верхушек корней, активирующейся во время ортодонтического перемещения зубов.

При лечении на ортодонтической аппаратуре возникает подвижность зубов, может быть, так называемое «щелкание зубов» т.к. перемещение зубов происходит вследствие перестройки костной ткани и пародонта. Подвижность и посторонние эффекты исчезают после завершения лечения. Необходимо обязательно носить ретенционный аппарат в течение всего, назначенного врачом-ортодонтом периода, что является необходимым условием, для закрепления результата лечения. В противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса.

Необходимо своевременное и регулярное посещение врача ортодонта. Пропуски назначенных приемов к врачу-ортодонту приводят к снижению качества ортодонтического лечения и удлинению его сроков.

Во время ортодонтического лечения происходит изменение прикуса, что приводит к дисфункции (изменению функции) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), что может сопровождаться хрустом, щелканьем, болью в области ВНЧС, головной болью. Это состояние может потребовать консультации и лечения у соответствующих специалистов, на время этого лечения, возможно, потребуется временное или полное прекращение ортодонтического лечения. Подобная ситуация в мировой практике встречается не более 5%. Пациенты, активно занимающиеся спортом, должны пользоваться специальными каппами для брекетов, для защиты зубов и мягких тканей от травм.

Пациентам, зубы которых имеют признаки стираемости твердых тканей зубов вследствие неправильного прикуса, после окончания ортодонтического лечения для восстановления функции и эстетики потребуется восстановление и/или протезирование зубов вкладками, винирами или искусственными коронками. Также может потребоваться замена существующих до ортодонтического лечения протезов зубов.

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

Я даю согласие на проведение подготовительного этапа ортодонтического лечения, фотографию, видеосъемку и проведение рентгенологического контроля, которые будут выполнены для определения качества лечения, прогнозирования результатов ортодонтического лечения и обеспечения полной медицинской информацией обо мне.

Я даю согласие на проведение местного обезболивания и на все медицинские действия, которые врач сочтет необходимым провести для улучшения моего состояния в процессе лечения.

Я удостоверяю своей подписью следующие факты: данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен.

Я подтверждаю свое согласие на проведение ортодонтического лечения с учетом названных обстоятельств и ограничений.

При прерывании лечения по желанию пациента уплаченные денежные средства за лечение не возвращаются.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна

_____ (_____)
подпись Пациента (законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата подписи

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 любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

_____ (_____)
подпись Пациента (законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата подписи

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.

_____ (_____)
подпись Пациента (законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата подписи