**Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения (лечение патологии прикуса).**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

известно, что имеющееся у меня заболевание (патология прикуса), согласно установленному диагнозу, а также моя эстетическая неудовлетворенность предполагают проведение ортодонтического лечения.

Диагноз данных заболеваний устанавливается клинически и подтверждается рентгенологическими исследованиями.

Возможны следующие методики ортодонического лечения на аппаратах: брекет-системы (лингвальная/вестибулярная, с металлическими/керамеческими/металлопастиковыми/сапфировыми/комбинированными брекетами), аппарат быстрого небного расширения, аппарата Гербста, аппарат Френкеля, одночелюстной аппарат, каппа, трейнер, миобрайс, профилактический протез, ретейнер и прочее.

Выбор методики ортодонтического лечения является строго индивидуальным и во многом зависит от состояния зубочелюстной системы пациента.

Альтернативным методом ортодонтического лечения является отсутствие лечения

Мне разъяснены все возможные осложнения ортодонтического лечения, а именно:

* скол зуба,
* развитие кариеса,
* обострение заболеваний пародонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции,
* болезненные ощущения во время и после лечения,
* отечность и воспаление слизистых полости рта,
* повреждение мягких тканей полости рта,
* в некоторых случаях необходимость удаления зуба/зубов, даже здорового/здоровых,
* подвижность зубов,
* недостижение желаемого результата, связанное с индивидуальными особенностями зубочелюстной системы и организма пациента.

Мне известно, что на всех этапах ортодонтического лечения и по его завершении необходимо регулярное наблюдение и осмотр у врача – ортодонта. Периодичность осмотров устанавливается индивидуально.

Доктор также объяснил мне, что по окончании лечения необходимо ношение съемных и/или несъёмных ортодонтических конструкций (ретейнер, каппа, пластинка) с целью фиксации полученного результата лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к ортодонтическому лечению.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № зуба | диагноз | Вид медицинского вмешательства | дата | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |