

**Информированное добровольное согласие
на проведение снятия ортодонтической конструкции**

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

процедуры снятия ортодонтической конструкции в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- завершение текущего этапа коррекции для перехода к следующему, который может включать использование других ортодонтических конструкций или иного метода лечения (хирургия, ортопедия);
- устранение повреждений или дефектов ортодонтической конструкции, требующей ее снятия и замены;
- необходимость приостановления ортодонтического лечения по медицинским показаниям или в связи с невозможностью его продолжения по обстоятельствам, не зависящим от медицинской организации.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- проведение анестезии (обезболивание) при необходимости,
- снятие ортодонтической конструкции. Для снятия ортодонтической конструкции применяются специально разработанные ортодонтические инструменты (щипцы, зонды и т.п.). При необходимости может быть применен метод распиливания конструкции ортодонтического аппарата с помощью стоматологических боров.
- после снятия ортодонтической конструкции проводится полировка поверхности зубов специальными борами и резинками для удаления остатков материала, на который крепилась ортодонтическая конструкция.

Мне разъяснено и понятно, что после снятия ортодонтической конструкции может потребоваться изготовление новой несъемной или съемной ортодонтической конструкции (в том числе ретенционного аппарата временного ношения).

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативные виды медицинского вмешательства отсутствуют.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры снятия ортодонтической конструкции.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения), острые инфекционные и воспалительные заболевания, обострение хронических заболеваний.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), повреждение твердых тканей зубов, сколы эмали; перелом зуба (зубов) и/или корня зуба (зубов); повреждения мягких тканей полости рта; попадание частей (элементов) ортодонтической конструкции в

желудочно-кишечный тракт и/или дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемым результатом для здоровья пациента является снятия ортодонтической конструкции.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые недели после медицинского вмешательства возможно ощущение дискомфорта, болевые ощущения, отеки слизистой оболочки рта.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: осуществлять гигиенический уход за полостью рта.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: в ретенционный период, следующий за снятием ортодонтической конструкции, необходимо соблюдать щадящий пищевой режим (исключив твёрдые, вязкие продукты и жевательную резинку).
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: нарушение эмали зубов и ухудшение состояния слизистой оболочки десневого края, развитие заболеваний пародонта, перемещение зубов, рецидив аномалий прикуса.

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (« _____ 20__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

(подпись) (ФИО) « _____ 20__ г.

Подпись Врача _____ (« _____ 20__ г.
(подпись) (должность и ФИО)