№

Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы на этапе незавершенного ортодонтического лечения

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, **Проверочный Иван Иванович,**

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие **на снятие брекет-системы на этапе незавершенного ортодонтического лечения.**

От врача я получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. Цели лечения. Основными целями снятия несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы, ортодонтических, ретенционных аппаратов) являются: проведение последующего лечения с применением другой ортодонтической аппаратуры или иного метода лечения (ортогнатия, хирургия, ортопедия и т.д.); повреждение или дефект ортодонтической аппаратуры, требующие ее снятия и замены; необходимость приостановления ортодонтического лечения по медицинским показаниям или в связи с невозможностью его продолжения по обстоятельствам, не зависящим от Исполнителя.

2. Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства. Я уведомлен(а) лечащим врачом о необходимости завершить ортодонтическое лечение в полном объеме. Я понимаю, что на момент подписания настоящего документа ортодонтическое лечение не завершено. Если медицинские показания для снятия несъемной ортодонтической аппаратуры отсутствуют, а снятие производится врачом в связи с моим отказом от продолжения лечения (в том числе начатого в другой медицинской организации) или в связи с обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя и не позволяющими продолжить ортодонтическое лечение (призыв пациента в армию, заболевание или состояние, являющееся противопоказанием к ортодонтическому лечению и т.п.), я самостоятельно несу все неблагоприятные последствия, связанные с отказом от ортодонтического лечения: усугубление нарушений прикуса, перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов, появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. Я понимаю, что после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры при наличии показаний должен(на) продолжить ортодонтическое (или иное) лечение в сроки, рекомендуемые врачом.

Для снятия несъемной ортодонтической аппаратуры 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 несъемной ортодонтической аппаратуры проводится полировка поверхности зубов специальными борами и резинками для удаления остатков материала, на который крепилась ортодонтическая аппаратура. По показаниям может потребоваться проведение профессиональной гигиены полости рта, которая будет выполнена с моего согласия за отдельную плату.

Мне разъяснено, что после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры она не пригодна для дальнейшего использования и подлежит утилизации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Мне разъяснено и понятно, что после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры может потребоваться изготовление новой несъемной или съемной ортодонтической аппаратуры (в том числе ретенционного аппарата временного ношения), которое будет выполнено с моего согласия за дополнительную плату. Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в плане лечения или ином документе (медицинской карте и т.п.).

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить снятие несъемной ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья в случае такого отказа: повреждение слизистых оболочек полости рта поврежденными частями аппаратуры; усугубление или рецидив имеющихся у меня заболеваний и нарушений прикуса; развитие заболеваний пародонта; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от снятия несъемной ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

3. Риски, последствия, осложнения. Я предупрежден(а), что в процессе снятия ортодонтических конструкций могут быть слышны неприятные звуки откалывающегося от металлической основы материала, хруст, скрежет. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после вмешательства: повреждение твердых тканей зубов, сколы эмали; перелом зуба (зубов) и/или корня зуба (зубов); повреждения мягких тканей полости рта; попадание аппаратуры или ее частей (элементов) в желудочно-кишечный тракт и/или дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания); ощущение дискомфорта, болевые ощущения; отёки слизистой оболочки рта. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Мне понятно, что снятие ретенционного аппарата может привести к следующим неблагоприятным последствиям: рецидив заболеваний зубочелюстной системы, усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов; появление (усугубление)

Образец

лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. Если ретенционный аппарат снимается по моей инициативе, без медицинских показаний, я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

4. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Мне разъяснено, что по показаниям может быть применено обезболивание (местная инъекционная анестезия) с целью обезболивания медицинских манипуляция. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что: применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше; обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до начала вмешательства, в процессе, а также при проведении контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

7. Я понимаю, что должен(а) информировать лечащего врача об аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 том числе после смерти):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ / (подпись)

Пациент Проверочный Иван Иванович согласился с проведением медицинского вмешательства

(подпись)

(ф.и.о.)

Пациент Проверочный Иван Иванович отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

Конт.телефон _____

Образец