

Информированное добровольное согласие на установку ортодонтических имплантатов

г. Москва

Дата Заключения Договора

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, Законный Представитель,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

Фамилия Имя Отчество Пациента
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> К00 Нарушения развития и прорезывания зубов
<input type="checkbox"/> К01 Ретенированные и импактные зубы
<input type="checkbox"/> К04 Болезни пульпы и периапикальных тканей
<input type="checkbox"/> К05 Гингивит и болезни парадонта | <input type="checkbox"/> К07 Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса]
<input type="checkbox"/> К08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата
<input type="checkbox"/> К10 Другие болезни челюстей |
|--|--|

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости и целях **проведения хирургической операции по установке ортодонтического(их) имплантата(ов)**.

Ортодонтические имплантаты (ортоимплантаты) – это временные конструкции, которые используются, как дополнительная опора для перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях во время и после проведенного медицинского вмешательства:

- воспаление в области установки;
- кровотечение;
- поломка ортоимплантата;
- подвижность винта (плохая стабильность);
- боль во время установки винта;
- выпадение ортоимплантата (при этом может потребоваться повторная установка);
- повреждение корней зубов или других близлежащих структур;
- попадание винта в полость рта, глоточное пространство;
- остеоинтеграция ортоимплантата, а также о временных побочных эффектах;
- незначительные болевые ощущения;
- отек и припухлость;
- присоединение вторичной инфекции;

Последствиями отказа от ортодонтического лечения могут быть: кариес, перелом зуба(ов); поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей; прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами; неполноценное функционирование зубочелюстной системы и, как следствие, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани; нарушения в деятельности жевательных мышц, боли; поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением

его функции и болевым синдромом; нарушение функции жевания, дыхания, речи; косметические, эстетические, а в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные «неправильным» соотношением челюстей, зубов и зубных рядов.

Я информирован(а), что необходимо строго следовать этапам лечения, соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли идеально ровные зубы). Ортодонтические аппараты являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени.

Денежные средства, уплаченные за ортодонтическую коррекцию ортодонтическими имплантатами надлежащего качества, к ношению которых Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие отсутствия вины ООО «СТОМСТУДИЯ» в невозможности Пациента приспособиться к ношению таких конструкций.

Я предупрежден(а) врачом о том, что осложнением означенного лечения могут быть: травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии.

Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации ортодонтической конструкции, ее деформация и перелом. При наличии психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к ортоимплантатам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения ортодонтического лечения являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «СТОМСТУДИЯ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)