

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: СНЯТИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ (БЕЗ РЕТЕНЦИОННОГО ЭТАПА)\_

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. **Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.**

Я, \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «Кораллдент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **снятие несъемной ортодонтической аппаратуры.**

Я получил(а) от лечащего врача \_\_\_\_\_ 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 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 причине снятия несъемной ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям и согласен(на) на ее снятие.

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 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, прогрессирующее стираемость 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; отеки 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.

### 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 манипуляций. 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.

Пациент/Законный представитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: {ДатаПолная}

