

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Я (ФИО) _____ уполномочиваю врача-ортодонта _____
провести ортодонтическое лечение (исправление положения зубов и прикуса)
.....

Этот документ содержит также всю необходимую информацию с тем, что я ознакомился(ась) с предполагаемым лечением и мог(а) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения. Сегодня красивые зубы и улыбка – венец времени. Всё больше детей и взрослых стремятся исправить прикус или положение зубов с помощью различных ортодонтических аппаратов, особенно популярностью пользуется брекет-системы. Брекет-системы – несомненно, благо, так как многие пациенты, особенно взрослые, могут с их помощью получить долгожданную ровную, красивую улыбку. Однако, при несоблюдении правил гигиены и подготовки пациента к фиксации брекет-системы, помимо положительного воздействия на расположение зубов, могут возникнуть нежелательные побочные эффекты. Я принимаю решение носить брекет-систему и понимаю то, что элементы брекет-системы, находясь в полости рта постоянно в течение длительного времени, и значительно затрудняют осуществление гигиенического ухода за полостью рта. Низкое качество гигиенического ухода за полостью рта приводит к развитию кариеса, воспалительных заболеваний пародонта и резкому ухудшению течения заболеваний полости рта и зубов, если они существовали ранее. Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, определённые особенности, риски и требования во время проведения ортодонтического лечения, а именно: ортодонтическое лечение довольно продолжительное; время лечения может варьировать, но как правило составляет не меньше года, это зависит от возраста пациента и особенностей строения лицевых костей.

Очень важным фактором во время лечения является кооперация пациента с врачом. Отсутствие взаимных контактов может увеличить сроки лечения.

Большое значение уделяется гигиене полости рта. Для пациентов с ортодонтическим оборудованием в полости рта обязательным является посещение врача-гигиениста не реже, чем 1 раз каждые 3-5 мес. (по индивидуальным показаниям).

Поломка, потеря или нарушение крепления аппаратуры удлиняет время лечения, а так же требует дополнительных материальных затрат.

гоудпо ипксз

Удаление временных и постоянных зубов иногда абсолютно необходимо в процессе ортодонтического лечения.

Вредные привычки (т.к. сосание пальца, языка, губ и т.д.) могут сильно влиять на результат лечения и способствовать перемещению зубов в неправильное положение после окончания ортодонтического лечения и резорбции корней.

Иногда в процессе ношения аппаратуры (особенно в первые дни) возникает дискомфорт в полости рта, реакция слизистой оболочки или дёсен на воздействие элементов системы.

Далее будут перечислены основные этапы ортодонтического лечения

1. Первичное обследование:

Необходимая процедура для качественного и беспроблемного ортодонтического лечения. Оно включает в себя: заполнение необходимой документации, визуальный осмотр врача-специалиста, проведение необходимого рентгенологического обследования, фото, изготовление моделей челюстей. Всё это поможет при постановке более точного диагноза и дальнейшего плана лечения.

2. Анализ результатов обследования:

Этот этап займёт у Вас определённое время при последующем посещении. Ваш доктор расскажет Вам о результатах проведенного обследования и о рекомендуемом лечении. Стоимость Вашего лечения будет оглашена тоже в это посещение, так как для каждого пациента в зависимости от плана лечения она индивидуальна.

3. Подготовка к ортодонтическому лечению:

На этом этапе Вам будет предложено посетить терапевта-стоматолога для лечения зубов, хирурга-стоматолога (если возникла необходимость в удалении временных или постоянных зубов пластики уздечек), а так же профессиональная гигиена полости рта у врача-гигиениста.

4. Непосредственно ортодонтическое лечение: лечение у ортодонта требует обязательной кооперации пациента с врачом. Это необходимо не только для укорочения сроков лечения, но и для более совершенного результата лечения. Основной срок лечения устанавливается доктором индивидуально для каждого пациента. Он может колебаться от 6 месяцев до 3-4 лет.

5. Подготовка к ретенционному периоду: Незадолго до окончания ортодонтического лечения Вас могут попросить пройти повторное обследование (ортопантограмма челюстей, фото, изготовления контрольных моделей челюстей). На основании и перейти к ретенционному периоду.

6. Ретенционный период: Этот этап необходим для закрепления полученных результатов. Как правило, на этом этапе снимается вся используемая при лечении аппаратура. Пациент направляется на профессиональную гигиену полости рта, после чего ему предлагается для ношения аппаратура менее проблематичная для ношения в полости рта. Данный этап так же индивидуален для каждого, но как правило составляет не меньше года. Видов ретенционных аппаратов много, но Ваш лечащий врач выберет тот, который подходит именно для Вас. Это может быть несъемный ретейнер, пластинка, капша или позиционер.

Ретенционный период в стоимость общего ортодонтического лечения не входит и оплачивается отдельно.

Посещение врача-терапевта, гигиениста, хирурга и рентгенологические исследования оплачиваются отдельно.

Пациенты с ортодонтическим оборудованием в полости рта должны посещать врача-пародонтолога не реже, чем 1 раз в 6-8 месяцев.

При посещении нашей клиники пациентам моложе 18 лет необходимо присутствие одного из родителей или ближайших родственников (отсутствие родителей на приеме может быть разрешено только лечащим врачом).

Убедительная просьба предупреждать о невозможности присутствия на приеме заранее.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества до-, во время и после ортодонтического лечения, в будущем я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни). Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного ортодонтического лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что это в моих интересах приступить к ортодонтическому лечению и нормализации прикуса. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия. На ортодонтическое лечение согласен(на).

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата _____

№	Дата	№ зуба	Программа предоставляемых услуг (коды прейскуранта)	стоимость	кол-во	сумма	Срок оказания услуги	Акт выполненных работ (подпись пациента)

ГОУДПО ИПКСЗ