

Інформована згода на проведення ортодонтичного лікування

Я, фізична особа, яка беззастережно прийняла (акцептувала) умови, викладені в цьому договорі, цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **ортодонтичного лікування**:

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своїм акцептом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я (стану здоров'я моєї дитини), поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних методів лікування та виправлення недоліків зубного ряду, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:

1. Наслідками відмови від лікування можуть бути:

- прогресування зубощелепної деформації;
- виникнення або погіршення захворювань пародонту;
- погіршення естетики;
- порушення функцій мови;
- швидка втрата зубів у майбутньому від перевантаження;
- захворювання жувальних м'язів та скронево-нижещелепового суглобу;
- невротії.

2. Альтернативними методами лікування є:

- ортопедичне лікування після досягнення певного віку незнімними / знімними конструкціями протезів;
- відсутність лікування взагалі.

3. Можливі ускладнення ортодонтичного лікування:

- порушення емалі зубів (поява плям, карієсу, підвищення чутливості зубів); запалення ясен (кровоточивість, набряк, гіпертрофія) – внаслідок поганої гігієни порожнини рота, зниження імунітету або змін гормонального фону;
- надлишкове переміщення, підвищена рухомість зубів, посилення зубоальвеолярних деформацій – внаслідок несвоєчасного відвідування лікаря, відмови від рекомендованого плану лікування або захворювання пародонту;
- неможливість переміщення зуба – внаслідок горизонтального розміщення зуба в кістці або зрощення кореня зуба з оточуючими його тканинами;
- рецесія ясен – внаслідок початкових ознак цього процесу до початку лікування;
- розсмоктування верхівок коренів – внаслідок гормональних порушень, неконтрольованого використання ортодонтичного апарату;
- порушення мовної функції – тимчасово, на період ортодонтичного лікування;
- поломка апарату та попадання його частин в дихальні шляхи або шлунково-кишковий тракт – внаслідок порушення рекомендацій лікаря, режиму використання апарата (жування грубої та твердої їжі, носіння знімного апарату в басейні, носіння під час заняття активними видами спорту тощо);
- часткова або повна втрата досягнутого результату – внаслідок недотримання вимог до ретенційного періоду лікування, відмови від запропонованого лікарем ретенційного апарату, невиконання рекомендацій лікаря (наприклад, несвоєчасне видалення зачатків зубів «мудрості»), несвоєчасне звернення до лікаря при поломці апарату.

Зі мною узгоджені:

1. Індивідуальний рекомендований план ортодонтичного лікування та підготовка до нього. Мене також

повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.

2. Методи та матеріали, що будуть використовуватися в процесі лікування. Я погоджуюся з тим, що технології ортодонтичного лікування можуть коригуватися в залежності від ситуації, що склалася в процесі його проведення (особливості росту та розвитку зубо-щелепової системи у дітей та підлітків, зміна загального стану здоров'я, вагітність тощо), про що лікар повідомить мене додатково. Я дозволяю здійснювати компромісні зміни дизайну та матеріалів, якщо вони будуть зроблені для мого власного блага.
3. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.
4. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

1. У тих випадках, коли індивідуально анатомічна форма зубів має ширину коронки зуба, що перевищує функціонально необхідну, лікар проводить сепарування міжзубних контактів з подальшим укріпленням емалі зубів фторвмісними препаратами.
2. Я розумію, що це лікування є втручанням в біологічну систему організму, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яка медична операція, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів. Тому іноді можливі відхилення від затвердженого плану лікування у вигляді позапланових маніпуляцій та / або зміни строків лікування. Як негативний прогноз іноді можливе часткове зміщення зубів (відновлення деформації зубного ряду).
3. Я поставлений (а) до відома про те, що у зв'язку з наявністю високого ступеня ризику виникнення ускладнень в результаті проведеного лікування встановлення гарантійних строків по даному виду робіт неможлива.
4. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюся виконувати всі рекомендації лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами та конструкціями тощо, а також приходити (приводити дитину) на контрольні профілактичні та рентгенологічні огляди за графіком, узгодженим з лікарем.
5. На етапах проведення ортодонтичного лікування можливе виникнення відчуття дискомфорту та болі.
6. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.
7. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого (моєї дитини) здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
8. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
9. Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.
10. Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних (моїх та дитини), у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм акцептом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.