

Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения

Я, _____, получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

Я ознакомлен(а) с планом лечения, сроками лечения и стоимостью стоматологической услуги. Со мной согласована стоимость отдельных этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантограмма, прицельный снимок, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинского профиля.

Я проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба.

Мне сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической аппаратуре происходит в течении 10-14 дней. В этот момент могут возникнуть болевые ощущения в области верхней и нижней челюстей при пережевывании и откусывании пищи, натирании слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Привыкание к съемной ортодонтической конструкции длится в среднем 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения возможно проведение коррекций аппаратуры в местах давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. В случае, если пациент не может привыкнуть к съемному аппарату, и отказывается его носить, деньги не возвращаются.

Я понимаю, что в период активного роста в некоторых случаях требуется повторное изготовление съемного ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. И согласен(а) с тем, что повторное изготовление аппарата, в этом случае, будет оплачиваться мною в полном объеме, согласно действующего прейскуранта.

Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуются удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. А также возможных реакциях пародонта. В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течении всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив патологии прикуса.

Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, обнаруженный(ая) в течение 14 календарных дней с момента установки данного аппарата врачом-стоматологом ортодонтом, возникшая (-ие) не по моей вине, является гарантийным случаем и подлежит гарантийному обслуживанию.

Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, обнаруженный(ая) по истечении 14 календарных дней с момента установки данного аппарата врачом-стоматологом ортодонтом, не является гарантийным случаем и устранение указанных недостатков, починка съемного пластиночного ортодонтического аппарата, приварка новых элементов оплачивается отдельно. В случае поломки несъемного ортодонтического аппарата по моей вине, ремонт или его замена производится за мой счет.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, назначенные врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта, не выполнение рекомендаций и несоблюдение гигиены полости рта, приводит к снижению качества и сроков ортодонтического лечения.

Я согласен(а) с тем, что в случае моего обращения в другие стоматологические клиники или кабинеты на предмет исправления работ, связанных с уже установленным ортодонтическим аппаратом, ООО «Альянс» не предоставляет гарантии и ответственности не несет.

Я ознакомлен(а) с тем, что гарантийный срок на данный вид работы устанавливается в течении 12 месяцев, со дня окончания ортодонтического лечения при условии выполнения всех рекомендаций врача.

Я внимательно прочитал(а) все пункты и понимаю, что невозможно предугадать все вероятные осложнения, которые могут возникнуть при проведении лечения, а также, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения.