

## Заключение

1. Получив в доступной форме полную и достоверную информацию о недостатках, возможных отрицательных последствиях, рисках и осложнениях в ходе ортодонтического лечения, а также об альтернативном лечении и возможности не прибегать к нему, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось психологического давления и принуждения.

2. Я считаю, что благоприятный для моего здоровья результат лечения, достигнутый при успешном проведении всех манипуляций, для меня значительно важнее, чем недостатки, отрицательные последствия, риски и осложнения, возможные при проведении лечения.

3. Рассмотрев другие методы и средства лечения, которые являются альтернативой и дают возможность не прибегать к ней, я выбираю ортодонтическое лечение и, выражая согласие на него, осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне этой манипуляции, включая возможное дополнительное, повторное или альтернативное лечение (вмешательство), которое может потребоваться в

\_\_\_\_\_  
(полное наименование, адрес медицинской организации)  
врачом: \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество врача)

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5. Выбранные мною лица, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, адрес, телефон гражданина)

Пациент: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

## Свидетельство врача

1. Я свидетельствую, что осмотрел полость рта пациента и провел необходимые исследования состояния его здоровья, разъяснил пациенту суть, ход проведения, цель, особенности, достоинства, недостатки, все другие аспекты, возможные отрицательные последствия, риски, осложнения и альтернативу ортодонтического лечения ознакомил с медицинской документацией, ответил на все вопросы.

2. Настоящее информированное добровольное согласие пациента действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в выбранной медицинской организации.

Врач: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ возмездного оказания стоматологических медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортодонтическое лечение

г. Владивосток « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
родившийся « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года в \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

имеющий паспорт гражданина Российской Федерации: выданный « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_, в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 года № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, Договором возмездного оказания стоматологических медицинских услуг, настоящим подтверждаю свое информированное добровольное согласие на проведение мне ортодонтического лечения.

### 1. Я получил в доступной для меня форме информацию о следующем:

1) состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах и средствах оказания медицинской помощи, лечения, связанных с ними рисках, возможных видах, вариантах, последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, лечения, об используемых лекарственных препаратах и иных средствах, медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях и противопоказаниях к применению лекарственных препаратов и получению медицинских услуг;

2) месте нахождения, месте государственной регистрации, режиме работы исполнителя, наличии лицензии и сертификатов, перечне медицинских услуг с указанием их цены в рублях, условиях оказания и получения услуг, расчете стоимости оказанных услуг, квалификации и сертификации врачей и иных специалистов исполнителя;

3) другую информацию, предусмотренную Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736.

### 2. Мне в доступной форме разъяснены врачом следующие сведения:

1) суть, методы, средства, ход проведения, цели, предполагаемые результаты, риски, возможные отрицательные последствия и осложнения, особенности, достоинства, недостатки и все другие аспекты ортодонтического лечения, а так же современные клинические рекомендации.

Ортодонтическое лечение проводится с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей. Лечение ортодонтической патологии у детей достигается за счет перемещения зубов и зубных рядов и влияния на рост челюстей в правильном направлении, лечение взрослых осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов. Ортодонтическое лечение является этапным, сроки ортодонтического лечения зависят от тяжести зубочелюстной аномалии пациента и возраста последнего.

Длительность ортодонтического лечения индивидуальна и зависит от возраста пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения. Сроки активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого ортодонтического аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача.

В связи с этим длительность ортодонтического лечения не может быть установлена точно. Ориентировочно она указывается в плане лечения.

После прорезывания большинства постоянных зубов наиболее адекватным средством лечения для дос-

тижения качественного результата лечения является брекет-система (несъемный ортодонтический аппарат).

В процессе ортодонтического лечения будут выполняться рентгеновские снимки (обычно от 3 до 5 снимков).

После завершения активного периода ортодонтического лечения и снятия брекет-системы, начинается так называемый ретенционный период, направленный на закрепление результатов лечения. При этом необходимо ношение одночелюстного или двухчелюстного ретенционного аппарата (съемного и/или несъемного) в течение срока, необходимого для закрепления результатов ортодонтического лечения и для поддержания зубов ровными в отдаленные сроки. Длительность ретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста пациента, состояния пародонта, сложности и степени выраженности исходной патологии, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сроков активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем наличие гарантийных обязательств и установленных гарантийных сроков по данному виду лечения невозможно.

Сохранение ровных зубных рядов возможно только в период ношения ретенционного аппарата. Сроки ретенционного периода для нижнего зубного ряда длительные. Это связано с тем, что согласно научным исследованиям движение зубов и их небольшое «искривление» происходит с возрастом у большинства людей (в том числе никогда не носившим брекет-системы). Это особенно касается нижних зубов и это норма. Поэтому долгосрочная ровность нижних зубов может поддерживаться искусственно, только при наличии несъемного ретейнера, в случае адекватного ухода за ним.

Примерные сроки ретенционного периода указываются в плане лечения и разъясняются пациенту еще до начала ортодонтического лечения.

Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов. Появление скученности зубов, деформации прикуса уже после снятия брекетов, привести к необходимости повторного лечения за счет пациента.

В период ортодонтического лечения также необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта. Проведение самостоятельных гигиенических процедур (чистки зубов) с применением лечебно-профилактических фторсодержащих зубных паст, ополаскивателей, специальных зубных щеток с V-образным вырезом на щетине, ершиков, флоссов, ирригаторов необходимо после каждого приема пищи.

Кроме ежедневной гигиены, раз в несколько месяцев (обычно 1 раз в 3 месяца) необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта у врача-гигиениста. Несоблюдение указанных рекомендаций может повлечь нежелательные побочные последствия, выражающиеся в деминерализации эмали зубов, развитии кариозного процесса на участках фиксации ортодонтической конструкции, а также развитии гипертрофического гингивита (воспалительного процесса в области десен), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен.

В случае неудовлетворительной гигиены полости рта пациента, более двух раз с фиксацией этого фактора в медицинской карте стоматологического больного, врач имеет право прекратить ортодонтическое лечение без возврата уплаченных к этому моменту денежных средств, не достигнув цели лечения.

В ходе ортодонтического лечения, особенно при плохом качестве санации полости рта до лечения, и плохой гигиене полости рта в процессе лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно: возникновение аллергической реакции на компоненты ортодонтической аппаратуры (может потребоваться снятие системы без возврата уплаченных средств); появление очагов деминерализации эмали и развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и вне его (может потребовать дополнительного стоматологического лечения); появление болевых ощущений, дискомфорта в области верхней и нижней челюстей при пережевывании и откусывании пищи, повышение подвижности зубов вследствие необходимости их перемещения, достигаемого за счет перестройки кости в процессе ортодонтического лечения, обострение заболеваний периодонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен, травмированием слизистой оболочки полости рта, деформацией отдельных зубов или зубных рядов после снятия ортодонтического аппарата, резорбция (рассасывание) корней зуба вследствие значительного перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения; нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, при наличии заболеваний пародонта, депульпированных зубов с хроническими очагами инфекции возможно обострение воспалительного процесса, что может потребовать дополнительного лечения, а при его неэффективности и удаления зуба.

Ортодонтическая аппаратура является инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени; в первые несколько дней после фиксации ортодонтического аппарата, смены дуг, а также в период ношения ортодонтических конструкций может возникать дискомфорт. Болезненность при разговоре, еде, проведении гигиенических процедур полости рта, натирание слизистой оболочки губ, щек, языка; в период ношения ортодонтических конструкций также могут возникнуть повышенное слюноотделение, измениться дикция, особенно при использовании лингвальных брекетов, вкусовые ощущения при приеме пищи.

С целью предупреждения поломки ортодонтического аппарата, достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения также рекомендован отказ от приема в пищу продуктов питания, повышающих риск возникновения кариеса, заболевания десен и способствующих нарушению фиксации ортодонтичес-

кой конструкции в том числе употребление ирисок, жевательной резинки, вафель, чипсов, халвы, орехов, сушек, сухарей и иных твердых (жестких продуктов). Употребление в пищу твердых овощей и фруктов (морковь, яблоки), иных продуктов. Требуемых нагрузки при откусывании, должно исключать их откусывание (перед употреблением продукты необходимо резать на кусочки, которые следует пережевывать боковыми зубами).

2) свойства, характеристики используемых ортодонтических систем и материалов

3) наличие у меня относительных и (или) абсолютных противопоказаний к проведению лечения либо отсутствие противопоказаний;

4) суть, методы, средства, ход проведения, цели, предполагаемые результаты, риски, возможные отрицательные последствия и осложнения, особенности, достоинства, недостатки и все другие аспекты иных методов лечения, которые являются альтернативой предложенному мне лечению и дают возможность не прибегать к нему;

5) проведение лечения в любой момент может быть прекращено по моему желанию с разъяснением мне возможных последствий, в том числе вероятности развития осложнений заболевания (состояния); отказ от ортодонтического лечения не влияет на возможность оказания медицинской помощи и не влечет отказа от дальнейшего медицинского обслуживания;

6) практическая стоматология не является точной наукой, поэтому невозможно заранее знать определенно результат лечения в целом, и не может быть дано полных гарантий относительно ожидаемых пациентом результатов лечения в целом;

3. Врач осмотрел мою полость рта и провел необходимые исследования состояния моего здоровья.

4. Я лично и непосредственно ознакомился с медицинскими документами, отражающими состояние моего здоровья, и получил консультации по ним у врача и других необходимых специалистов.

5. Вся изложенная врачом и содержащаяся в медицинских документах информация мне полностью понятна, я имел возможность задать любые вопросы, относящиеся к моему лечению, и на все вопросы получил доступные моему пониманию исчерпывающие ответы.

6. Я сообщил врачу полные и достоверные сведения о следующем:

- 1) состоянии моего физического и душевного здоровья;
- 2) имевшихся и имеющихся у меня аллергических и необычных реакциях организма на лекарственные средства и иные медицинские препараты, анестетики, пищу, укусы насекомых, пыль;
- 3) болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях и других состояниях, касающихся моего здоровья.

7. Я согласен:

1) на любые изменения материалов, свойств, характеристик, дизайна, внешнего эстетичного вида, всех других видов лечения, рекомендаций по уходу за зубами до, во время и после лечения, если они будут сделаны для блага моего здоровья;

3) регулярно являться на прием к врачу в назначенное им время;

4) строго выполнять все рекомендации врача по уходу за полостью рта, соблюдать гигиену полости рта;

7) сообщать врачу все нарушения приема назначенных мне лекарственных средств и иных медицинских препаратов или прекращения их приема, а также о невыполнении рекомендаций врача по уходу за полостью рта, профилактике заболеваний полости рта с указанием причин этого;

8) на медицинское обследование, профилактические осмотры и процедуры для контроля результатов лечения и состояния моего здоровья после лечения в соответствии с назначениями врача;

9) на привлечение других врачей и иных специалистов со стороны третьих лиц при возникновении необходимости в этом на некоторых этапах обследования, постановки диагноза, консультирования, лечения, реабилитационных и профилактических мероприятий;

10) сообщать врачу все изменения моего здоровья, делать это незамедлительно (в течение суток), если считаю, что изменения связаны с ортодонтическим лечением;

11) без назначения или согласия врача, проводившего протезирование, не принимать никакие лекарственные средства и иные медицинские препараты (даже если они назначены другим врачом) и не получать никакое лечение у других врачей, если это невозможно (неотложные или экстренные ситуации), сообщить об этом врачу, проводившему лечение;

12) на использование моих рентгеновских снимков, фотографий, кино и видеосъемку для образовательных целей без указания моих фамилии, имени и отчества.

13) не предъявлять претензий в связи с недостатками лечения в случае, если по его окончании не будет достигнуто благоприятного для моего здоровья и эстетики результата. в том числе: при возникновении болей и дискомфорта при жевании, боли в ВНЧС, жевательных мышцах и необходимости в дополнительном, повторном или альтернативном лечении.