

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ  
Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»

---

**Добровольное информированное согласие пациента**  
**на ортодонтическое лечение.**

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента до подтверждения им согласия на ортодонтическое лечение полную информацию об особенностях предстоящих врачебных манипуляций и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

уполномочиваю врача \_\_\_\_\_  
и его ассистентов провести мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть)  
ортодонтическое лечение:

---

Содержание и ожидаемые результаты ортодонтического лечения, возможные опасности, а так же возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял (а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

1. Я предупреждён (на), что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения зубов в зубных рядах, нарушение окклюзий (смыкания зубов) и связанного с этим внешнего вида в целом. В случае отказа от предложенного лечения мое стоматологическое здоровье/здоровье представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть) может ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно и не только) осложнений ортодонтической патологии:

- кариес;
- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей, появление промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);
- неполноценное функционирование зубочелюстной системы из-за неправильного прикуса влечет за собой преждевременную потерю зубов и/или костной ткани;
- нарушения в деятельности жевательных мышц, боли;
- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и болевым синдромом;
- нарушение функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

2. Я уведомлен (а) о том, что имеющиеся вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта у меня/у представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть) являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии моего заболевания/заболевания представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), и что отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения.

3. Я осведомлен (на) о возможных осложнениях во время анестезии. Я проинформировал (ла) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех заболеваниях, случившихся у меня/у представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть) в течение ближайших двух лет и имеющихся в настоящее время.

4. Я согласен (а) тщательно и скрупулезно выполнять рекомендации врача в процессе проводимого лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата. Если в процессе ортодонтического лечения возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от врача принятия решения, либо проведения

дополнительных манипуляций в добавление к перечисленным здесь, я уполномочиваю врача сделать то, что он сочтет необходимым в такой ситуации.

5. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде/во внешнем виде представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

6. Я уведомлен (а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов носят не изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Впоследствии этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения, несмотря на обеспеченное им качественное лечение. В любом случае, мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение.

7. Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, проводить фото и видео съемку и любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

8. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) исчерпывающие ответы на них.

9. Я понимаю, что я ответственен (на) за оплату услуг, оказанных мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) в ГАУЗ «СП№ 53 ДЗМ» в соответствии с прейскурантом. Я внимательно ознакомился (лась) с прейскурантом ЛПУ и согласен (на) оплачивать все оказанные стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, по факту их оказания.

10. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

11. Я подтверждаю согласие на проведение мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) ортодонтического лечения.

12. Настоящее согласие дается мною на весь срок действия договора на весь перечень сопутствующих ортодонтическому лечению услуг, согласно утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатуре медицинских услуг.

13. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент в течение срока действия договора с помощью письменного волеизъявления подписанного пациентом.

**Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.**

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_

**Подпись представителя  
пациента** \_\_\_\_\_

**Подпись медицинского работника**  
\_\_\_\_\_