

ЗГОДА НА ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Пацієнта _____

Діагноз _____

(заповнюється лікарем)

Я проінформований(на) всією необхідною мені інформацією про заплановане лікування і я згоден(на) з запропонованими умовами проведення лікування.

Лікар пояснив мені суть лікування яка є для мене повністю зрозумілою, а також:

1. Можливість уточнення діагнозу в процесі лікування.
2. Індивідуальний рекомендований план ортодонтичного лікування та підготовка до нього.
3. Можливість корекції плану та технологій ортодонтичного лікування в залежності від ситуації, що склалася в процесі його проведення, про що мене повідомив лікар (особливості росту та розвитку зубощелепової системи у дітей та підлітків, зміна загального стану здоров'я, вагітність та інше.).
4. Можливість продовження термінів лікування у випадку нерегулярного відвідування або невиконання рекомендацій лікаря.

5. Можливі негативні наслідки у випадку повної або часткової відмови від рекомендованого плану лікування.

6. Можливі ускладнення на різних етапах ортодонтичного лікування внаслідок причин, що не залежать від лікаря:

- 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 та інше);
- часткова або повна втрата досягнутого результату – внаслідок недотримання вимог до ретенційного періоду лікування, невиконання рекомендацій лікаря (наприклад, видалення зачатків зубів «мудрості»), несвоєчасне звернення до лікаря при поломці апарату.

7. Лікар проінформував та пояснив мені інформацію про гарантії і я повністю її розумію.

8. Зі мною узгоджені:

- методи та матеріали, що будуть використовуватися в процесі лікування;
- строки проведення лікування;
- вартість окремих процедур (етапів) та лікування в цілому. При цьому мені відомо, що в процесі лікування вартість може змінюватись у зв'язку з обставинами, які важко передбачити. У такому разі лікар попередить мене про це та зробить необхідні пояснення.

*На всі мої запитання лікар дав вичерпну відповідь і я повністю розумію
і погоджуюсь з тим, про що написано вище.*

Підпис _____

«14» листопада 2024

(дата)