

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение операции по установке минивинтов**  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента)

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан. Взрослому пациенту НЕ заполнять этот раздел.**

Я,

\_\_\_\_\_ ,  
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

добровольно обращаюсь в ООО «ДГ» (ОГРН 1137847210698), далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **операцию по установке ортодонтических минивинтов** (далее – «Минивинты»).

Я получил от лечащего врача {ФамилияИмяОтчествоВрача} всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

**1. Цели лечения.** Минивинты представляют собой временные ортодонтические мини-имплантаты. Установка Минивинтов является одним из этапов ортодонтического лечения. Минивинты служат для стабилизации и опоры в ходе перемещения зубов в правильное положение для нормализации моего прикуса. Минивинты будут использоваться для создания дополнительной временной опоры, потому что число и особенности положения моих зубов препятствует эффективному ортодонтическому перемещению без дополнительных опор.

**2. Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.**

Минивинты устанавливаются в мою ротовую полость:

- в области нёба,
- между моими зубами на верхней и/или нижней челюсти;
- в области наружной кривой линии нижней челюсти, справа/слева;
- в область подскулового гребня верхней челюсти, справа/слева.

После завершения использования Минивинтов и достижения нужного положения зубов согласно плану лечения Минивинты будут удалены врачом. Минивинты устанавливаются и удаляются специальной отверткой. Меня проинформировали, что может потребоваться установка нескольких Минивинтов (до 6 штук) – в зависимости от того, сколько дополнительных опор потребуется в процессе лечения. Количество, виды Минивинтов, методы лечения, а также необходимые мне этапы и сроки лечения выбирает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Лечащий врач объяснил мне, что установка Минивинтов, будет проведена с использованием местной анестезии. На выполнение анестезии от меня будет получено отдельное информированное добровольное согласие, в котором мне будет разъяснена суть данного медицинского вмешательства.

Минивинты будут установлены на срок от 1 месяца до 1,5 лет. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Для того, чтобы врач мог постоянно контролировать положение Минивинтов и ход лечения я обязуюсь выполнять все рекомендации и предписания врача, особенно в части своевременных и регулярных визитов на назначенный прием (не реже 1 раза в месяц), соблюдать тщательную гигиену полости рта и особые правила питания. На время лечения мне следует отказаться от употребления: липких продуктов (ириски, тянучки, жевательная резинка, вафли, чипсы, халва и т.д.); твердых продуктов (орехи, конфеты с орехами, сушки, бублики, сухари и т.д.). Твердые овощи и фрукты, такие как морковь, яблоки, груши, откусывать нельзя, их нужно резать на небольшие кусочки. Это касается также жесткого мяса и любых продуктов, требующих откусывания.

Лечащий врач объяснил мне, что установка Минивинтов является частью ортодонтического лечения. Если я не желаю проводить ортодонтическое лечение, я могу выбрать альтернативные методы лечения: удаление зубов с последующим съемным и/или несъемным протезированием, включая имплантацию зубов. Мне были предложены планы лечения, предполагающие альтернативные методы лечения, без ортодонтического лечения. Однако я добровольно и сознательно выбрал ортодонтическое лечение, включая установку Минивинтов.

**3. Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что ортодонтическое лечение (в том числе установка Минивинтов) является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Минивинты являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени.

Я понимаю, что даже при качественном проведении лечения могут наступить некоторые нежелательные побочные действия и осложнения: воспаление и инфицирование участка, где был размещен Минивинт; поломка Минивинта; излишняя подвижность Минивинта; повреждение корней соседних зубов во время установки Минивинта; выпадение Минивинта с возможным заглатыванием; попадание Минивинта в дыхательные пути и/или в желудочно-кишечный

тракт. Мне понятно, что во время манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, установки Минивинтов) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. Мне понятно, что указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

**4. Противопоказания:** патология иммунной системы (системная красная волчанка, тяжелые инфекции и т.п.); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии), и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

**5. Предполагаемые результаты лечения.** Поскольку установка Минивинтов является частью ортодонтического лечения, они играют вспомогательную роль в достижении правильного положения зубов и нормализация моего прикуса. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я понимаю, что, если не проводить ортодонтическое лечение (включая установку Минивинтов), для моего здоровья могут наступить следующие неблагоприятные последствия, в том числе: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десен, подвижность зубов, которая потребует их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышц.

**6.** Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков на о вещественные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения.

**7.** Я понимаю, что должен(на) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, беременности, бронхиальной астме, установленном кардиостимуляторе, онкологических заболеваниях), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов, аллергии и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

**8.** Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при стоматологическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора полости рта и щеток, рекомендованных врачом. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

**9.** У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

**10.** Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

**11.** Я внимательно ознакомился с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

**12. Я принимаю решение приступить к лечению на вышеизложенных условиях.**

**13.** Я согласен(на), что все посещения врача регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

#### Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач \_\_\_\_\_ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

#### Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента) \_\_\_\_\_ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач \_\_\_\_\_ ({ФамилияИмяОтчествоВрача})

{ТекущаяДатаПолная} г