

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР**  
**ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК**  
**«АКУЛА»»**

Медична карта №

**Інформована згода**  
**на проведення ретенційного періоду ортодонтичного лікування**  
**(встановлення знімного/незнімного ретейнера)**

Я, фізична особа, яка беззастережно прийняла (акцептувала) умови, викладені в цьому договорі, цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення ретенційного періоду ортодонтичного лікування шляхом використання ретенційного апарату з метою закріплення отриманого результату активного лікування за допомогою знімних / незнімних ортодонтичних конструкцій:

мені особисто

моїй малолітній дитині \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ р.н.

Я поінформований (на) про те, що ретенційний період може тривати від 2 років до довічного, та необхідність носіння протягом цього періоду знімного або незнімного ретенційного апарату (ретейнеру), щоб уникнути повернення зубів до попереднього стану.

Мені зрозуміло, що підбір ретенційних апаратів і установка режиму їх носіння здійснюється лікарем. Я ознайомлений (на) з варіантами виготовлення ретенційних апаратів і мною обраний варіант, який гарантує при правильному використанні та догляді утримання досягнутого результату:

Лікар ознайомив мене з правилами користування та догляду за ретенційними апаратами та надав письмову пам'ятку. Я попереджений (на), що в разі недотримання правил користування апаратом вдвічі знижується гарантійний строк і строк служби апарату. У випадках грубих порушень гарантія анулюється.

Під час ретенційного періоду я зобов'язуюсь носити ретенційний апарат (забезпечити носіння моєю дитиною), суворо виконувати всі рекомендації лікаря, дотримуватися гігієни порожнини рота і режимів носіння апарату, особливих правил харчування, які виключають можливість механічного та термічного пошкодження апаратури, а також:

- регулярно, не рідше 1 разу на 3 місяці (якщо лікарем не визначені інші строки), відвідувати зубного гігієніста для проведення процедури професійної гігієни порожнини рота;
- регулярно (через 3 місяці, 6 місяців, 1 рік, щорічно) відвідувати лікуючого лікаря для проходження оглядів з метою оперативного реагування на стоматологічні проблеми в разі їх виникнення.

Я розумію, що в разі порушення мною рекомендацій лікаря, графіків профілактичних оглядів і професійного чищення зубів відповідальність за погіршення мого (моєї дитини) стоматологічного здоров'я в ретенційному періоді покладається виключно на мене.

**Я також повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. При недостатній гігієні порожнини рота (як наслідку недотримання мною правил особистої гігієни порожнини рота і рекомендацій лікаря) можуть виникати ускладнення: карієс, гіпертрофічні зміни ясенного краю, загострення захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота.
2. В ретенційних періоді можливе загострення наявних захворювань пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз), тому я зобов'язуюсь проводити комплексне лікування у лікаря-ортодонта та лікаря-пародонтолога.
3. Під час експлуатації ретенційних апаратів, а особливо при збільшенні навантаження, недотриманні рекомендацій по догляду за зубами і обмежень в прийомі їжі можуть виникати поломки ретенційного апарату: перелом, тріщина в пластмасових деталях ретейнеру або його металевих частинах,

необхідність в приварюванні нових елементів. Я погоджуюся з тим, що зазначені випадки не відносяться до гарантійних і ремонт ретенційних апаратів проводиться на платній основі.

4. В разі поломки ретенційного апарату необхідно за можливості негайно, але не пізніше трьох днів з моменту поломки звернутися до Центру для його лагодження. Я погоджуюся з тим, що при зверненні в більш пізній строк, якщо поломка перешкоджає носінню ретейнера, можлива зміна положення окремих зубів, при цьому ретейнер після ремонту може не відповідати положенню зубів, що змінилося, та це буде перешкодою для його подальшого використання. В такому випадку корекція зміненого положення зубів буде проводитися на платній основі.
5. В період проведення маніпуляцій в порожнині рота, анестезії, обробці зубів, зняття відбитків, носіння ретенційних апаратів можливе виникнення індивідуальних алергічних реакцій, непереносимості окремих матеріалів і лікарських препаратів, оніміння язика, губ, відчуття печіння, болючість, дискомфорт, порушення функції ковтання, жування й мови.
6. Я поінформував (ла) лікаря про всі випадки алергії до застосовуваних при лікуванні матеріалів та лікарських засобів в минулому і про алергію в даний час, а так само про всі наявні у мене захворювання. Мені зрозуміло, що існує ймовірність виникнення непереносимості (алергічної реакції) на матеріали, що використовуються при лікуванні (пластмаса, метал та інші складові застосовуваних матеріалів). Тому при виникненні алергічної реакції і неможливості подальшого користування ретенційними апаратами я погоджуюся вважати медичні послуги з ортодонтичного лікування в ретенційному періоді виконаними належним чином та належної якості, при цьому вартість наданих послуг мені не повертається.

Мені надана вся необхідна інформація про ретенційний період ортодонтичного лікування. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді. Мені зрозуміло значення всіх слів і медичних термінів, наявних в цьому документі.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних (моїх та дитини), у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.