

Приложение №4
к договору на оказание платных
медицинских услуг №_____ от_____

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о лечении и рекомендации по уходу.

Лист рекомендаций по сохранению результатов ортодонтического лечения.

Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения носить ретенционные аппараты в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив зубо-челюстной патологии. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, профгигиена полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в ретенционном периоде ложиться на меня.

Мне подробно и понятно предоставлена информация об особенностях ухода за зубами в ретенционный период (после завершения ортодонтического лечения) и о необходимости использовать ретенционный аппарат для закрепления результата лечения. Мне подобран определенный вид ретенционного аппарата и схема его ношения:

- несъемный ретейнер на верхнюю челюсть (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов)_____
- несъемный ретейнер на нижнюю челюсть (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов)_____
- съемная ретенционная каппа на верхнюю челюсть_____
- съемная ретенционная каппа на нижнюю челюсть_____
- двучелюстной аппарат для ночного ношения_____

Мне подобран определенный вид средств гигиены полости рта для реминерализующей терапии после ортодонтического лечения:

- «R.O.C.S.-гель» (использование по инструкции)

Врач доступно для моего понимания объяснил, что для закрепления результата лечения необходимо: регулярное ношение ретенционных аппаратов согласно установленному врачом режиму, осуществление тщательной гигиены ретейнеров, прохождение профгигиены полости рта(1 раз в 6 месяцев), своевременное обращение в клинику(в течение 1-2 дней) при обнаружении нарушения целостности аппарата(поломки или потери ретенционной каппы, отклеивания несъемного ретейнера). Необходимо являться на профосмотры 1 раз в 6 месяцев с целью сохранения результатов лечения, при нарушении данной рекомендации, а так же при нарушении режима ношения и ухода за ретенционными каппами могут возникнуть следующие осложнения: • изменение положения зубов • ухудшение эстетики улыбки и прикуса • возникновение кариеса и его осложнений • возникновение или обострение заболеваний десен.

Рекомендуемый срок ретенционного периода_____ лет

Дата следующего профосмотра для контроля по сохранению результатов лечения_____

Подпись пациента: _____ / _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ / Дата «_____» _____ 202__ г.
(подпись врача) (ФИО полностью)