



## **ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ**

Относно ортодонтско лечение на .....

Целта на ортодонтското лечение е да се подобри положението на зъбите, вида на профила и да се постигне красива усмивка. То е право на избор от страна на пациента. Подобно на всяко друго лечение, има някои рискове и ограничения. Те рядко са сериозни дотолкова, че ортодонтското лечение да е противопоказано, но следва да се отчитат при вземането на решения за провеждането му.

Ето защо, Ви молим да прочетете внимателно следната информация, да зададете всички възникнали въпроси и след това да се съгласите за провеждане на ортодонтско лечение на вас или вашето дете, като подпишете този формуляр. Това е необходима процедура, според изискванията на стандартите да добра клинична практика.

**АКО НЕ СЕ НУЖДАТЕ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗЯСНЕНИЕ, МОЛЯ ПОДПИШЕТЕ ТУК:**

Пациент.....

Съдействие на пациента – най- важният фактор за успешно ортодонтско лечение –

Ортодонтското лечение се състои от два етапа: първи етап – същинско ортодонтско лечение – това е периодът на носене на ортодонтските апарати. И втори етап – задържане на резултата. Това е периодът на носене на ретенционните апарати.

Съдействието на пациента се определя в това:- той да изпълнява всички указания, дадени от ортодонта;- ортодонтските апарати да са достатъчно време в устата на пациента;- грижливо отношение към тях;- да не се пропускат назначените часове.- добра устна хигиена

Посочените фактори могат да удължат или да компрометират ортодонтското лечение.

Оцветяване и поява на бели петна на зъбите – при лоша устна хигиена или различни степени на флуороза, е възможно появата на бели петна след завършване на ортодонтското лечение. За възможностите от това, ще бъдете уведомени при ортодонтския преглед.Пародонтални проблеми - възпаление на венците, кървене и заболяване на пародонта

Екзактното ортодонтското лечение не причинява пародонтални проблеми. Но поради ретентиваната си повърхност, ортодонтските апарати могат да са предпоставка за такива като задържат плака. Възпаление на венците се появява в случаите на лоша устна хигиена.

Болка при ортодонтско лечение – поради движението на зъбите в алвеоларната кост, в първите дни на лечение може да се появи болка в различна степен, индивидуално оценена от пациента. Болката продължава в рамките на няколко дни и преминава от болкоуспокояващо средство, предписано от ортодонта. Реакцията на костта и зъбодържащия апарат по време на лечението е специфична за индивида, поради което е необходимо да се обърнете за обяснение към вашия ортодонт. Оплаквания от темпоро – мандибуларната става – то може да се получи по различни причини – зъбно-челюстната деформация; индивидуална структура на организма; неблагоприятен растеж; възпалителни заболявания;

Вадене на зъби – при някои ортодонтски деформации, поради несъответствие на големината на зъбите и големината на костта, се налага вадене на зъби, което ортодонтът предварително обяснява на пациента и доказва чрез поставената диагноза..

Рецидив – връщане на зъбите в различна степен след ортодонтското лечение – зъбно-челюстната система е динамична и е подложена на влиянието на мускулите в нея. За да се задържи полученият лечебен



резултат, е необходимо да се носи апарат за задръжка /ретенционен апарат/ в продължение на време, равно на времето на лечението. Неблагоприятен растеж на долната и горната челюст, което може да доведе до струпване на зъби.

Необичайни явления – поглъщане на част от ортодонтски апарат; падане на обтурация; счупване на зъб; развитие на абсцес; анкилозиране на зъб.

Възможността да съществува всеки един от тези частни случаи, ортодонтът предварително обяснява на пациента.

Стоматологични прегледи – ортодонтското лечение започва винаги след саниране да съзъбието. По време на него всеки пациент посещава своя стоматолог на 6 месеца – при децата и на 3 – 5 месеца за ортодонтски възрастните пациенти.

Право на отказ от лечение – в случай, че решите да преустановите ортодонтското си лечение, то е необходимо да заявите желанието си в писмен вид, с което освобождавате лекуващия екип от отговорност към вашето здравословно състояние. Ако пациентът откаже да заяви желанието си в писмен вид, това се удостоверява с подпис на лечителя и един свидетел, след 3 месечно отсъствие на пациента без предупреждение.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**УДОСТОВЕРЯВАМ:**

1. ЗАПОЗНАТ СЪМ СЪС СЪДЪРЖАНИЕТО НА ТОЗИ ДОКУМЕНТ;
2. РАЗБИРАМ ЕВЕНТУАЛНИТЕ РИСКОВЕ ОТ ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИТЕ ПРОЦЕДУРИ;
3. СЪГЛАСЕН СЪМ С ПРЕДЛОЖЕНОТО МИ ОРТОДОНТСКО ЛЕЧЕНИЕ И НЕГОВАТА СТОЙНОСТ;
4. ПОЛУЧИХ УДОВЛЕТВОРИТЕЛНИ ОТГОВОРИ И ОБЯСНЕНИЯ НА ЗАДАДЕНИТЕ ОТ МЕНЕ ВЪПРОСИ, КОИТО ПОСТАВИХ ОТНОСНО БЪДЕЩОТО МИ ЛЕЧЕНИЕ;
5. СЪГЛАСЕН СЪМ ДА МИ БЪДАТ НАПРАВЕНИ ФОТО - И РЕНТГЕНОВИ СНИМКИ ПРЕДИ И

ПО ВРЕМЕ НА ОРТОДОНТСКОТО ЛЕЧЕНИЕ И СЪЩИТЕ ДА СЕ ИЗПОЛЗВАТ ЗА НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ.

Пациент .....

Трите имена; подпис над 14 год.

Законен представител.....

Трите имена



**ORTHOS-DENT  
CARE**  
quality care / confident smile

В качеството на .....; ПОДПИС.....

Лекар .....

Подпис .....