

## Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

### Ретенционный период после ортодонтического лечения

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении (о его преимуществах и недостатках, о стоимости лечения), и что я согласен (-на) с названными мне условиями его проведения.

Я, \_\_\_\_\_ г.р. получил(-а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Мой врач разъяснил мне, что после окончания лечения и снятия активной аппаратуры следует этап закрепления результатов лечения – ретенционный период, длительность которого определяет врач. Срок ретенции у взрослых минимально равен двум срокам лечения, реально не менее 4 лет, идеально – неограниченный по времени. Ретенционный аппарат – несъемный ретейнер – фиксируется на небную и язычную поверхности зубов. У детей и подростков применяется съемный ретейнер до окончания роста. При лечении некоторых аномалий проводится пожизненная ретенция с использованием съемного и несъемного ретейнеров.

Мне понятно, что я должен (-на) беречь ретейнер от поломок, потери и менять его на новый (в случае съемного аппарата) каждый 2-3 года. В случае потери или отклейки ретейнера немедленно следует обратиться к своему лечащему врачу-ортодонт. Восстановление аппарата платное.

Я также понимаю, что необходимо соблюдать на должном уровне гигиену полости рта, регулярно и качественно чистить зубы утром, перед сном и после каждого приема пищи. Плохая гигиена полости рта может привести к возникновению кариеса, появлению пятен на эмали, воспалению десен и мягких тканей полости рта, что может ухудшить результаты лечения и привести к нежелательным последствиям для полости рта.

Осознавая все это, я добровольно соглашаюсь выполнять рекомендации по ношению ретейнера и подписывать документ.

Подпись пациента, расшифровка подписи: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г.