



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta.....
Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszym gabinecie, uprzejmie prosimy, by każda strona niniejszej zgody została czytelnie podpisana. Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

Opis planowanego zabiegu (wypełnia lekarz):

.....
.....
.....

Ortodoncja nie jest nauką ścisłą. Nie sposób przewidzieć wszystkich następstw leczenia aparatem stałym. Nawet standardowe i sprawdzone procedury mogą u niektórych pacjentów wywołać nieprzewidziane reakcje.

Lekarz dentysta prowadzi leczenie według planu zaakceptowanego przez pacjenta i zakładającego najlepszy możliwy wynik, jednak nie można zagwarantować pełnej satysfakcji z osiągniętego rezultatu i braku powikłań.

Możliwe powikłania w trakcie i/lub po leczeniu ortodontycznym:

1. Próchnica zębów i odwapnienia. Aparaty ortodontyczne nie powodują próchnicy, są jednak miejscem dodatkowej retencji resztek pokarmu i płytki nazębnej. Nieprawidłowa higiena może powodować zwiększone ryzyko próchnicy i odwapnień. Najbardziej charakterystyczne są białe plamy w kształcie półksiężyca powstające pomiędzy linią dziąsła a zamkiem ortodontycznym. Są one trudne do zlikwidowania i w przypadku ich pojawienia się lekarz może zalecić zdjęcie aparatu. Należy również podkreślić, że noszenie aparatu stałego nie zwalnia pacjenta z profilaktycznych wizyt i przeglądów u stomatologa, co najmniej co 6 miesięcy.

2. Utrata żywotności zęba podczas leczenia ortodontycznego oraz w przypadku, gdy takie leczenie nie miało miejsca. Jest to zwykle związane z uprzednim urazem zęba i może być rezultatem dużego ubytku lub dużego wypełnienia znajdującego się w zębie. Ząb zwykle wtedy przebarwia się i wymaga leczenia kanałowego w celu jego utrzymania.

3. Obrzęk dziąsła i choroby przyzębia. Problemy z przyzęciem mogą pojawić się na każdym etapie leczenia ortodontycznego. Najczęściej są one spowodowane niedostateczną higieną jamy ustnej. Może je wywołać również specyficzna flora bakteryjna i obciążenie genetyczne. W takim wypadku konieczna jest wizyta u specjalisty periodontologa i kontrole, co 3-6 miesięcy. Pacjent z chorym przyzęciem może być leczony aparatem stałym, lecz powinno się to odbywać wyłącznie w okresie remisji choroby. Aktywna choroba przyzębia jest bezwzględny przeciwwskazaniem do leczenia ortodontycznego. Warto też podkreślić, że choroba przyzębia pojawia się bardzo rzadko. Najczęściej występuje proste zapalenie dziąsła (obrzęk i krwawienie), które mija natychmiast po wdrożeniu prawidłowej higieny. Pacjenci z cukrzycą, chorobami tarczycy i kobiety w ciąży są szczególnie narażeni na choroby dziąsła i resorpcje korzeni i dlatego będą objęci szczególną opieką lekarza.

4. Skrócenie korzeni zębów. Podczas leczenia ortodontycznego u pacjentów może dochodzić do skrócenia korzeni zębów o różnym nasileniu. Niestety nie można przewidzieć, których pacjentów może dotyczyć ten problem. Proces ten jest uwarunkowany genetycznie. Nieznaczne skrócenie długości korzeni nie powoduje żadnych negatywnych następstw. Wyłącznie agresywne skracanie się korzenia zęba jest wskazaniem do przerwania leczenia. Należy wiedzieć, że w pojedynczych przypadkach może dochodzić do samoistnego skrócenia korzeni zębów, u osób nieleczonych ortodontycznie. Do kontroli postępów leczenia może być konieczne powtórne wykonanie zdjęć radiologicznych.

5. Czas leczenia. Czas leczenia zależy od wielu czynników: nasilenia wady, potencjału wzrostu i wieku pacjenta oraz jego współpracy. Średni czas aktywnego leczenia ortodontycznego wynosi około 24 miesięcy i może ulec wydłużeniu, jeśli wystąpi nieprzewidziany niekorzystny wzrost, jeśli sprowadzane są zęby zatrzymane lub leczone są ciężkie wady morfologiczne. Modyfikację czasu leczenia może spowodować również indywidualna różna podatność tkanek pacjenta (kości i tkanek miękkich) na zastosowane siły ortodontyczne. Podany czas obejmuje wyłącznie leczenie aktywne. Następnie wymagany jest okres retencji (często wieloletni). Znaczne wydłużenie czasu leczenia następuje w przypadku braku współpracy ze strony pacjenta tj. nieterminowego zgłaszania się na wizyty, odklejania zamków i innych mechanicznych uszkodzeń aparatu.

6. Stawy skroniowo-żuchwowe. Bóle w stawie skroniowo-żuchwowym mogą wystąpić bez lub podczas leczenia ortodontycznego. Najczęściej wywołuje nadmierne zaciskanie i zgrzytanie zębami. Dolegliwości mogą spowodować również stany pourazowe, reumatoidalne zapalenie stawów, wrodzone skłonności do zaburzeń w stawach. Częściej dotyczą płci żeńskiej. Dolegliwości ze strony s.s.ż. występują u pacjentów w wieku 9-30 lat, co pokrywa się z okresem leczenia ortodontycznego. Pojawiające się dolegliwości należy natychmiast zgłosić ortodontce, gdyż mogą wymagać konsultacji ze specjalistą

7. Urazy spowodowane aparatami ortodontycznymi. W trakcie leczenia ortodontycznego mogą wystąpić uszkodzenia tkanek twardych i miękkich jamy ustnej. Szczególnie w pierwszych dobach po założeniu aparatu na języku i policzkach pojawiają się drobne otarcia (dolegliwościom może zapobiec użycie wosku ortodontycznego). Dolegliwości te znikają po okresie adaptacji i nie mają znaczenia praktycznego

8. Nawroty. Zakończone leczenie ortodontyczne nie gwarantuje idealnie prostych zębów do końca życia. W celu utrzymania pozycji zębów wymagane jest noszenie indywidualnie dobranych retejnerów zgodnie z zaleceniami ortodonta. Pomimo wszystko zmiany ustawienia zębów mogą wystąpić z przyczyn naturalnych jak nawyki: tłoczenie języka, oddychanie przez usta oraz wzrost i starzenie się. Niewielkie stłoczenia, szczególnie siekaczy dolnych, pojawiają się z czasem i często muszą być zaakceptowane

9. Alergia. U pacjentów z uczuleniami objawy alergiczne mogą ujawnić się podczas leczenia ortodontycznego w odpowiedzi na wzrost stężenia jonów niklu, chromu, miedzi pochodzących z aparatu ortodontycznego. Reakcje alergiczne mogą wystąpić również po kontakcie z akrylem, lateksem. Z reguły w/w reakcje objawiają się w postaci miejscowego odczynu alergicznego: zapalenie jamy ustnej, utrata smaku lub metaliczny posmak, uczucie drętwienia, uczucie pieczenia, różnego stopnia przerostowe zapalenie dziąseł przy braku obecności płytki nazębnej. W przypadku wystąpienia w/w objawów należy poinformować lekarza prowadzącego.

10. Mikroimplanty ortodontyczne umieszcza się w kości żuchwy lub szczęki. Zabieg jest przeprowadzany w znieczuleniu miejscowym. Polega na wkręceniu wszczepów ortodontycznych w okolicę korzeniową zębów w celu uzyskania silnego zaczepu. Po zakończeniu leczenia ortodontycznego mini śruby są usuwane, a kość ulega wygojeniu.

Możliwe powikłania leczenia mikroimplantami:

- utrata zakotwiczenia, uniemożliwiająca zaplanowane przesunięcia zębów,
- pošknięcie mikroimplantu

Wypełnia pacjent:

Ja, oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15 -19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
- ❖ Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
- ❖ Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.
- ❖ Zostałem poinformowany o rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne oraz o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Rozumiem konieczność i zobowiązuję się do odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu. Wizyty ortodontyczne odbywają się w zależności od rodzaju aparatu co 4-8 tygodni. Niezgłaszanie się na wizyty powoduje przedłużenie leczenia i zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań. W przypadku uszkodzenia aparatu konieczne są dodatkowe wizyty w celu usunięcia usterki i zabezpieczenia prawidłowego działania aparatu.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane oraz że leczenie ortodontyczne jest wykonywane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.
- ❖ Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia bądź też zmniejszenia zakresu).
- ❖ Rozumiem, że podczas udzielania świadczenia medycznego komunikacja lekarza ze mną może być utrudniona, dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam zgodę na kontynuowanie leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
- ❖ Zostałem poinformowany o tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza. Ortodonta odpowiedzialny za leczenie, nie może odpowiadać za niezgodne z zaleceniami postępowanie pacjenta i wynikające z tego komplikacje.
- ❖ Znam i akceptuję koszty związane z prowadzeniem leczenia.
- ❖ Zostałem poinformowany o tym, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności.
Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykorzystanie mikroimplantów ortodontycznych w trakcie leczenia.
- ❖ Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
- ❖ Zapoznałem się i akceptuję regulamin Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego DENS, który dostępny jest na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
- ❖ Zapoznałem się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której treść znajduje się na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

Zapoznałem się i zrozumiałem treść niniejszej zgody oraz wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie.

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentysty;

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna
prawnego/przedstawiciela ustawowego
pacjenta; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta, który
ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni;
data i miejscowość