ОТКАЗ

пациента от получения медицинского вмешательства в объеме ортодонтического лечения

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**  Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения |

реализуя право на отказ от медицинского вмешательства, предусмотренное ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от получения медицинских услуг в объеме ортодонтического лечения и выражаю согласие на снятие установленных мне ортодонтических конструкций, как съемных таки и несъемных (брекет-систем), до окончания установленного врачом-ортодонтом срока лечения.

Лечащим врачом мне разъяснено и мне понятно, что отказ от медицинского вмешательства в объеме стоматологического ортодонтического лечения обусловливает сохранение и прогрессирование имеющихся у меня зубочелюстных патологий, дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса.

Врачом-ортодонтом мне разъяснено, что в случае отказа от ортодонтического лечения имеющейся у ребенка патологии возможно усугубление клинической ситуации вследствие отсутствия условий для максимального развития зубной дуги и необходимого скелетного соотношения челюстей, предупреждения деформации зубных рядов, стимулирования роста челюсти и прорезывания постоянных зубов, также возможно сохранение или развитие в дальнейшем неправильного прикуса, обусловливающего повышенную нагрузку на зубы при жевании, более длительное ортодонтическое лечение в будущем, а также может обусловить дальнейшую неэффективность лечения с использованием съемных ортодонтических аппаратов либо невозможность лечения ортодонтической патологии за счет влияния на рост челюстей в правильном направлении и лечение исключительно посредством перемещения зубов и зубных рядов.

Врачом-ортодонтом мне разъяснено, что в случае отказа от ортодонтического лечения имеющейся у взрослого пациента патологии возможно усугубление клинической ситуации (в том числе возникновение деформации и ротации отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов), развитие деформации прикуса, обусловливающего удлинение сроков ортодонтического лечения в будущем, повышенную нагрузку на зубы при жевании, влекущую наличие подвижности зубов, оголения шеек зубов, появления между зубами зазоров, нарушения функционирования височно-нижнечелюстного сустава. Наличие ортодонтической патологии также создает препятствия для полноценной гигиены полости рта, что, в свою очередь, может повлечь появление налета, зубного камня и кариеса.

Мне понятно, что нарушение прикуса обусловливает нарушение процесса пережевывания пищи, влекущее заболевания желудочно-кишечного тракта. Кроме того, наличие ортодонтических заболеваний может повлечь необходимость удаления зубов с целью устранения имеющейся у пациента аномалии, определить невозможность оказания качественного стоматологического лечения либо обусловить существенное снижение качества стоматологических услуг (протезирования, реставрации зубов, имплантации, пародонтологического лечения).

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)