VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ORTODONTICKÁ LÉČBA POMOCÍ FIXNÍHO APARÁTU

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Ortodoncie je specializovaný obor stomatologie zabývající se vadami v postavení zubů a čelistí, dále také růstem a vývojem obličejového skeletu. Ortodontická léčba si klade za cíl vytvoření pravidelných zubních oblouků v ideálních skusových poměrech, které tvoří harmonický celek s okolními měkkými tkáněmi. Cílem ortodontické léčby je tak dosáhnout nejen estetického, ale také funkčního a stabilního výsledku.

Na spolupráci pacienta je plně závislý také účinek některých léčebných postupů (např. mezičelistní elastické tahy, snímací retenční aparáty). Při nedokonalé spolupráci ze strany pacienta pak není možné dosáhnout plánovaného výsledku léčby.

Průměrná cena za léčbu v obou čelistech je průměrně 40 - 45 tisíc Kč (fixní aparát v horní a dolní čelisti), nicméně konečná cena závisí vždy na typu aparátu, použitém materiálu nebo na nutnosti použití přídatných zařízení.

Možné komplikace:

- odlepení částí fixního aparátu z povrchu zubů (odlepení zámků, kanyl),
- diskomfort (nepříjemné pocity v dutině ústní),
- bolestivost zubů,
- otlaky měkkých tkání,
- traumatizace měkkých tkání ortodontickým drátem,
- v případě nedodržování správné ústní hygieny vznik bílých skvrn (demineralizací) v okolí zámků,
- po sejmutí fixního aparátu návrat zubů do původní polohy (recidiva),
- odhojení (odloučení) implantovaných kotevních miniimplantátů, zánětlivé zduření měkkých tkání kolem miniimplantátů,
- zkracování kořenů zubů (resorpce),
- odhalování krčků zubů (vznik recesů),
- ztráta vitality (životnosti) zubů.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Možností řešení ortodontických problémů je v některých případech více a jejich indikace závisí vždy na komplexní diagnóze vady, povaze a závažnosti vady, finančních, časových možnostech pacienta, na motivaci pacienta či ochotě podstoupit navrhovaná řešení. Existuje-li více alternativ, budou zohledněny v plánu léčby a pacientovi prezentovány s jejich výhodami a nevýhodami.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Průběh léčby je značně individuální a je vždy do detailu zpracován v plánu léčby, se kterým je před léčbou pacient seznámen.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Při ortodontické léčbě je zcela nezbytná spolupráce pacienta, zejména v oblasti dodržování pečlivé ústní hygieny a docházení na pravidelné kontroly. V případě nevyhovující ústní hygieny si lékař vyhrazuje právo

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

fixní aparát sejmout před ukončením léčby.

Léčba ortodontickými aparáty pro pacienty znamená také určitá omezení. Fixní aparáty vyžadují především úpravu ve stravování. Pacienti jsou instruováni, aby se po celou dobu léčby vyhýbali konzumaci tvrdých jídel (např. nekousali led, tvrdou zeleninu, tvrdé pečivo), která mohou způsobit uvolnění částí fixních aparátů nalepených na povrchu zubů. Je také nutné dodržovat výbornou ústní hygienu, protože v okolí fixního aparátu ve zvýšené míře ulpívá zubní povlak a zbytky potravy. Při dlouhodobě nedostatečné ústní hygieně pak mohou v těchto místech vznikat demineralizace skloviny (tzv. bílé skvrny), poté i zubní kazy. Snímací aparáty pak přináší komplikace zejména při mluvení.

Další potřebná léčba:

Pravidelné kontroly u lékaře, dodržování vynikající ústní hygieny.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka