ŚWIADOMA ZGODA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE.
INFORMACJA DLA PACJENTA.
za pomocą nakładek SureSmile® .

(zgoda wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego www.pto.info.pl)

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr pesel: _____

Umowa na leczenie ortodontyczne.

Leczenie będzie prowadzone w:
Smile Team Jacek Wojciechowski, ul. Orłowicza 12/U1, 00-414 Warszawa
RPWDL: 000000249615/01-001

Planowaniem leczenia oraz jego przebiegiem będzie zajmować się:
lekarz dentysta Aleksandra Kaczor-Bućko M.Sc. Specialized Othodontics

§1

Lekarz oświadcza, iż od roku 2014 prowadzi prywatną specjalistyczną praktykę ortodontyczną w miejscu wezwania, w ramach której wykonuje kompleksowe usługi ortodontyczne oraz że posiada wszelkie niezbędne kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia tych usług.

§2

1. W ramach przedmiotowej umowy Pacjent zleca a Lekarz zobowiązuje się do świadczenia na jego rzecz kompleksowych usług w zakresie leczenia ortodontycznego, w tym:

   a) ustalenie rodzaju wady, stopnia jej zaawansowania, koniecznych do zastosowania metod i szczegółowego planu leczenia we współpracy z Pacjentem,
   b) leczenie aktywne obejmujące wykonanie i założenie aparatów ortodontycznych, wizyty kontrolne (ustalane przez lekarza wg harmonogramu) połączone z oceną postępu leczenia, skany, korekty, awarie
   c) leczenie retencyjne obejmujące wykonanie i założenie aparatów retencyjnych

2. Szczegółowy zakres wizyt oraz zastosowanych metod leczenia omówiony został po sporządzeniu symulacji komputerowej.

3. Zakres usług świadczonych w ramach przedmiotowej umowy nie obejmuje:

a) wykonania zdjęć rentgenowskich,
b) wizyt kontrolnych po zakończeniu leczenia aktywnego nakładkami, połączonych z oceną uzyskanych efektów leczenia.
c) kontrolnych przeglądów stomatologicznych i leczenia stomatologicznego,
d) wszelkich innych zabiegów spoza leczenia ortodontycznego.

§3

1. Czas leczenia w zakresie opisanym w § 2 pkt. 1 może trwać maksymalnie 3 lata.
2. Okres leczenia opisany w § 2 pkt. 1 może ulec przedłużeniu w następujących przypadkach:

   a) stwierdzenia małej podatności kośćca na leczenie ortodontyczne,

   b) braku współpracy ze strony Pacjenta, w tym nieprzestrzegania przez niego ustalonego planu wizyt lub powtarzających się uszkodzeń aparatów.

§4

1. Koszt leczenia w zakresie objętym umową wynosi:

smile team
DENTAL CLINIC

2. Koszt leczenia ustalony w ust. 1 obejmuje wartość całości materiałów użytych w procesie leczenia i wykonanej usługi, w tym wizyt kontrolnych zarówno w fazie leczenia aktywnego, jaki aparatów retencyjnych

   Terminy i sposób płatności:

3. W przypadku nieprzestrzegania przez Płatnika warunków i terminów płatności określonych w" Harmonogramie płatności" Lekarz ma prawo do powstrzymania się ze świadczeniem usług objętych niniejszą umową, do czasu uregulowania powstałych w tym zakresie zaległości wraz z ustawowymi odsetkami za czas opóźnienia.

§5

1. W czasie trwania umowy (okresie leczenia aktywnego) Lekarz zobowiązany jest do informowania Pacjenta o przebiegu leczenia i konieczności wykonania dodatkowych zabiegów nie ortodontycznych, o ile ich wykonanie będzie miało wpływ na ostateczny wynik leczenia.
2. W przypadku niezastosowania się Pacjenta do wskazań i zaleceń Lekarza związanych z leczeniem, Lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności za jego końcowy efekt. Lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności za końcowy efekt leczenia również w przypadku nienależytej dbałości przez Pacjenta o stan higieny jamy ustnej w okresie trwania leczenia.
3. Wszystkie zastosowane do realizacji przedmiotu umowy materiały muszą posiadać niezbędne i wymagane przez prawo certyfikaty i atesty.

§6

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.

§7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygniecie właściwego rzeczowo Sadu.
3. Pacjent bądź rodzic lub opiekun prawny oświadcza, iż zapoznał się z treścią niniejszej umowy, rozumie zawarte w niej ustalenia, zgadza się na leczenie oraz że w całości akceptuje jej treść.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

smile team
DENTAL CLINIC

....

Lekarz ***Pacjent lub opiekun prawny pacjenta***

Informacje o systemie nakładkowym SureSmile®.

Podjęcie decyzji o leczeniu ortodontycznym Twoim lub Twojego dziecka było świetną decyzją. Twój lekarz ortodonta dokonał doskonałego wyboru, proponując zastosowanie SureSmile® aligner u Ciebie lub Twojego dziecka.
Leczenie ortodontyczne może pomóc osiągnąć zdrowszy i bardziej atrakcyjny uśmiech. Należy jednak pamiętać, że każde leczenie ortodontyczne ma ograniczenia i potencjalne ryzyka, o których trzeba wiedzieć przed jego rozpoczęciem.
Prosimy o uważne przeczytanie poniższych informacji i upewnienie się, że lekarz udzielił odpowiedzi na wszystkie pytania, a wszelkie wątpliwości zostały rozwiane przed podpisaniem formularza zgody i zaakceptowaniem planu leczenia.

Opis produktu.

SureSmile® aligners to seria przezroczystych, wyjmowanych i praktycznie niewidocznych szyn, które stopniowo przesuwają zęby do ich idealnej pozycji.
Po opracowaniu i zatwierdzeniu przez Twojego lekarza ortodontę planu leczenia za pomocą oprogramowania do planowania leczenia SureSmile, seria indywidualnych szyn zostanie wykonana specjalnie na potrzeby Twoich zębów.

Po wstępnym badaniu ortodontycznym z wykorzystaniem badań radiologicznych oraz cyfrowego skanu 3D następuje początkowy proces leczenia, obejmujący stworzenie trójwymiarowego modelu zębów, na podstawie którego lekarz może szczegółowo przeanalizować stan uzębienia i zgryzu.
Wykorzystując ten model, zdjęcia i oprogramowanie do planowania leczenia SureSmile, ruch każdego zęba jest obliczany albo przez zespół techników Laboratorium Cyfrowego SureSmile@ pod nadzorem Twojego lekarza prowadzącego.
Następnie lekarz określa optymalny i dostosowany do potrzeb pacjenta plan leczenia.
Kolejnym krokiem jest wykonanie indywidualnych nakładek na zęby ze sprawdzonego tworzywa żywicznego Essix® z użyciem cyfrowej technologii SureSmile®.
Całkowita liczba szyn zależy od złożoności wady zgryzu i planu leczenia opracowanego przez lekarza.

smile team
DENTAL CLINIC

Ryzyka związane z leczeniem.

Nieprzestrzeganie zaleceń lekarza może wpłynąć na realizację celów leczenia. Przypadek ten może wystąpić, jeżeli nie będziesz nosić aparatu zgodnie z zaleceniami lekarza lub nie przestrzegać terminów wizyt. Ponieważ czasy leczenia są szacunkowe, mogą ulec wydłużeniu w wyniku wyrzynania się zębów i problemów związanych z indywidualnym profilem uzębienia pacjenta lub innych nieprawidłowości wykrytych podczas leczenia.
Jeśli pacjent nie będzie dbał o odpowiednią higienę jamy ustnej podczas leczenia, może dojść do próchnicy, podrażnienia dziąseł, choroby tkanek i trwałego przebarwienia zębów. Nieprzestrzeganie wszystkich zaleceń higienicznych, w szczególności dotyczących regularnego szczotkowania i nitkowania zębów oraz niewykonywania regularnie typowych czynności związanych z higieną jamy ustnej, może doprowadzić do zapalenia jamy ustnej i choroby dziąseł.
Podczas wymiany szyn w trakcie leczenia należy spodziewać się lekkiego dyskomfortu. Jeśli pacjent obawia się, że założenie nowego aparatu może powodować ból lub być dla niego problematyczne w jakikolwiek inny sposób, powinien natychmiast poinformować o tym lekarza lub personel. Podczas leczenia może dojść do podrażnienia dziąseł, policzków i warg, o czym również należy poinformować lekarza lub jego personel. Ponadto mogą wystąpić reakcje alergiczne, o których również należy poinformować swojego lekarza lub jego personel.
Może być konieczna rekonstrukcja lub niewielka zmiana kształtu przestrzeni międzyzębowych tak, aby zapewnić wystarczające miejsce dla ruchu zębów i prawidłowego ich wyrównania.
Zęby są przemieszczane przez leczenie ortodontyczne i mogą nadal zmieniać swoje położenie po zakończeniu terapii. Chcąc temu zapobiec, należy nosić retainery (aparaty stabilizujące zęby w ich nowej pozycji) zgodnie z zaleceniami lekarza. Podsumowując, noszenie retainerów po leczeniu jest niezbędne, jeśli chcesz zachować swój nowy uśmiech.

Czasami w celu realizacji planu leczenia może być konieczne zastosowanie dodatkowych środków terapeutycznych. Lekarz szczegółowo wyjaśni dodatkowe wymagania medyczne. Może to obejmować konieczny zabieg chirurgiczny w jamie ustnej, w celu skorygowania pozycji szczęki lub usunięcia silnego stłoczenia zębów, który musi być przeprowadzony przed rozpoczęciem terapii.
Należy poinformować lekarza o wszystkich swoich chorobach, dolegliwościach, przyjmowanych lekach i zabiegach medycznych, ponieważ mogą one wpłynąć na leczenie.

Implanty stomatologiczne nie mogą być przemieszczane za pomocą szyn.

Możliwe jest, że w wyniku leczenia istniejące uzupełnienia protetyczne będą musiały zostać przesunięte lub zastąpione, co może wymagać dodatkowego leczenia zębów lub korzeni zębów, a także zabiegów chirurgicznych. W skrajnych przypadkach może dojść do utraty zębów. Istnieje możliwość połknięcia aparatów ortodontycznych i przedostania się ich do tchawicy lub przełyku. Dlatego należy natychmiast poinformować lekarza prowadzącego, jeśli szyny lub inne urządzenia stosowane w leczeniu poluzowały się. Pacjenci z bardzo stłoczonymi lub brakującymi zębami są bardziej narażeni na złamania szyn niż inni pacjenci.
W celu umożliwienia pewnych ruchów ortodontycznych u niektórych pacjentów w trakcie leczenia może być konieczne umieszczenie tzw. attachmentów i/lub gumek. Attachmenty mogę się odczepić oraz wymagać wymiany. Podczas leczenia może być wymagany nowy wycisk cyfrowy (skan wewnątrzustny) i/lub zastosowanie szyn poprawczych.

Powikłania w trakcie i po leczeniu ortodontycznym:

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

Poniżej przedstawiamy najczęściej zdarzające się powikłania:

Próchnica zębów i odwapnienia.
Aparaty ortodontyczne nie powodują próchnicy, są jednak miejscem dodatkowej retencji resztek pokarmu i płytki nazębnej. Nieprawidłowa higiena (patrz zalecenia dla pacjenta ortodontycznego) może powodować zwiększone ryzyko próchnicy i odwapnień. Najbardziej charakterystyczne są białe plamy w kształcie półksiężyca. Są one trudne do zlikwidowania i w przypadku ich pojawienia się lekarz może zalecić czasowe zdjęcie aparatu. Należy również podkreślić, że noszenie nakładek nie zwalnia pacjenta z profilaktycznych wizyt i przeglądów u stomatologa co najmniej co 6 miesięcy.

Obrzęk dziąseł i choroby przyzębia.
Problemy z przyzębiem mogą pojawić się na każdym etapie leczenia ortodontycznego, a najczęściej spowodowane są niedostateczną higieną. 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 przyzębiem może być leczony aparatem stałym, lecz powinno się to odbywać wyłącznie w okresie remisji choroby. Aktywna choroba przyzębia jest względnym przeciwskazaniem 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 dziąseł i resorpcje korzeni i dlatego będą objęci szczególną opieką lekarza.

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 nie leczonych ortodontycznie. Do kontroli postępów leczenia może być konieczne powtórne wykonanie zdjęć radiologicznych.

Czas leczenia.
Czas leczenia zależy od wielu czynników: nasilenia wady, potencjału wzrostu i wieku pacjenta oraz jego współpracy. Czas aktywnego leczenia ortodontycznego 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 się attachmentów i innych mechanicznych uszkodzeń aparatu.
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 ortodoncie, gdyż mogą wymagać konsultacji ze specjalistą.

Urazy spowodowane aparatami ortodontycznymi.
W trakcie leczenia ortodontycznego nakładkami mogą wystąpić miejscowe stany zapalne tkanek 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.

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 ortodonty. 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.

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.

Zalecenia dla pacjenta ortodontycznego.

Należy pamiętać, że sukces leczenia ortodontycznego zależy w znacznym stopniu od pacjenta, który musi ściśle współpracować z lekarzem prowadzącym leczenie i bezwzględnie wypełniać zalecenia. Ortodonta odpowiedzialny za leczenie, nie może odpowiadać za niezgodne z zaleceniami postępowanie pacjenta i wynikające z tego komplikacje.

Zalecenia:

Higiena jamy ustnej.
Naklejone elementy aparatu ortodontycznego są miejscem zwiększonej retencji płytki nazębnej i resztek pokarmowych. Z tego względu podczas leczenia ortodontycznego należy dokładnie myć zęby pastą po każdym posiłku i używać płynu do płukania jamy ustnej. Należy stosować środki dostępne na rynku, zawierające fluor (chyba, że lekarz zaleci inaczej). W przypadku niestosowania się do powyższego zalecenia, dla zachowania zdrowych zębów, lekarz może zadecydować o konieczności zdjęcia aparatu.
Przestrzeganie harmonogramu wizyt. 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.

Czynne uczestniczenie w procesie leczenia.
Niektóre procedury leczenia aparatem stałym wymagają aktywnego uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia. Dotyczy to konieczności codziennego noszenia wyciągów międzyszczękowych, wyciągów zewnątrzustnych i aparatów retencyjnych itd.. Brak zaangażowania i systematyczności ze strony pacjenta spowoduje zahamowanie postępów leczenia. Konieczne jest też zgłaszanie na bieżąco swoich spostrzeżeń, dyskomfortu i niepokoju dotyczącego leczenia. Dobra komunikacja pacjent lekarz zwiększa twoje bezpieczeństwo.

Użytkowanie.
Aparat powinien być noszony 22h/dobę i zdejmowany jedynie do jedzenia i mycia zębów. Nakładki powinny być myte mydłem w letniej wodzie za pomocą bardzo miękkiej szczoteczki do zębów przeznaczonej jedynie do tej funkcji. Nakładki należy myć minimum po każdych 12h ich użytkowania.

Oświadczenie pacjenta.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-ma zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia od dr Aleksandry Kaczor - Bućko dotyczące leczenia mojego przypadku.
Zostałem/-am poinformowany/-a o innych możliwościach postępowania w moim przypadku z zaniechaniem leczenia włącznie.
Zostałem/-am poinformowany/-a o towarzyszącym ryzyku zaproponowanego leczenia i innych metodach i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.
Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur medycznych i stomatologicznych pozytywne efekty leczenia nie mogą być zagwarantowane pomimo postępowania zgodnego ze sztuką lekarską. Ponad to, leczenie ortodontyczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego zaburzenia i może nie wyeliminować innych współistniejących problemów.
Znam i akceptuję koszty związane z prowadzeniem leczenia.
Zostałem/-am poinformowany/-a 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. Po zapoznaniu się z treścią formularza „informacja dla pacjenta” i przedłożonego mi planu leczenia oświadczam, że wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie.

_____ _____

Data Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

_____

Dr Aleksandra Kaczor-Bućko – lekarz ortodoncji

smile team
DENTAL CLINIC