



## **Информированное согласие пациента на установку ортодонтических микроимплантов.**

Я информирован(а) о том, что план ортодонтического лечения с использованием микроимплантов необходим для перемещения моих зубов, создания дополнительной опоры, что способствует более эффективному ортодонтическому лечению.

Я осведомлен(а) о том, что возможно потребуется установка от одного до нескольких микроимплантов.

Мне известно, что микроимпланты устанавливаются в надлежащем положении- в области неба , межзубном или в ретромолярном пространстве.

Я осведомлен(а) о том, что установка микроимплантов должна производиться под местной анестезией. И мне известен список причин, по которым процесс установки микроимплантов не является успешным и возможные риски, такие как поломка микроимпланта, инфицирование участка, излишняя подвижность и возможное повреждение корней соседних зубов во время установки микроимпланта.

Я осведомлен(а), что в процессе ортодонтического лечения может произойти дестабилизация микроимпланта и может возникнуть необходимость его переустановки.

Я полностью ознакомился (лась) с данной информацией и даю свое согласие на установку микроимплантов.