

**Zgoda na leczenie ortodontyczne aparatem stałym**

Data wydruku: 30-05-2023

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,****REGON: 38580640800013**

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

Wrocław, .....

**ZGODA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE APARATEM STAŁYM****I. DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

nr PESEL: .....

**II. DANE LEKARZA WYKONUJACEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:** .....**III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOżliWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:**

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

**1. LECZENIE ORTODONTYCZNE APARATEM STAŁYM**

(zgodnie z planem leczenia, stanowiącym załącznik do niniejszego formularza zgody).

Leczenie ortodontyczne aparatem stałym obejmuje następujące czynności i ma następujący cel:

Celem leczenia ortodontycznego aparatem stałym jest uzyskanie prawidłowych stosunków zgryzowych i osiągnięcie maksymalnie wysokich efektów funkcjonalnych narządu żucia oraz efektów estetycznych. Indywidualny plan leczenia został przygotowany na podstawie szczegółowej analizy oczekiwań pacjenta oraz możliwości przesunięcia zębów ocenionych na podstawie wykonanej pełnej diagnostyki radiologicznej (CBCT lub/ i zdjęcia pantomograficznego lub/i cefalometrycznego), skanu wewnątrzustnego, kompletu zdjęć wewnątrz i zewnątrzustnych, ankiety zdrowia pacjenta i szczegółowego klinicznego badania przedmiotowego. Pełna dokumentacja medyczna służy do ustalenia rodzaju i stopnia wady, postawienia diagnozy, opracowania planu leczenia i ustalenia środków i metod do osiągnięcia celu terapeutycznego. Podstawą każdej terapii ortodontycznej jest szczegółowo i rzetelnie przygotowany PLAN LECZENIA określający orientacyjny czas leczenia.

**OPIS PRZEBIEGU LECZENIA ORAZ POSZCZEGÓLNYCH WIZYT**

Leczenie ortodontyczne składa się z kilku faz:

- 1) założenie aparatów stałych;
- 2) faza aktywnego leczenia z wizytami kontrolnymi wg harmonogramu określonego w planie leczenia;
- 3) faza leczenia retencyjnego wraz z zainstalowaniem aparatów retencyjnych określonych w planie leczenia, której celem jest przeciwdziałanie nawrotowi wady i migracji zębów do pozycji sprzed leczenia, oraz ustabilizowanie ich położenia w nowych miejscach łuków zębowych. Rodzaj aparatu retencyjnego określa plan leczenia (stałe lub/i wymiwalne)
- 4) faza obserwacji efektów leczenia ortodontycznego.

Po zakończeniu leczenia aparatem stałym w niektórych przypadkach zgryz może wymagać odbudowy startych części zębów, a także wykonania procedur medycznych celem zmaksymalizowania efektu estetycznego (np. licówki, korony, flow injection – estetycznej odbudowy kompozytowej).

**Możliwe powikłania i skutki niepożądane leczenia ortodontycznego aparatem stałym:**

**Nadwrażliwość i dolegliwości bólowe** – w trakcie leczenia aparatem stałym może występować wrażliwość zębów lub/i podrażnienie dziąseł, policzków i ust. Aparat może wpływać na mowę i powodować seplenie, może także powodować tymczasowe nasilenie wydzielania śliny lub suchość w ustach. Podczas procesu leczenia mogą pojawić się zaburzenia w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego powodujące dyskomfort, ból głowy, ból stawu a w rzadkich przypadkach także problemy z uszami.

**Odwapnienie i próchnica zębów** – aparaty ortodontyczne nie powodują próchnicy – są miejscem dodatkowej retencji resztek pokarmowych i płytki nazębnej która zwiększa ryzyko odwapnień szkliwa a w konsekwencji próchnicy zęba. Charakterystyczne są białe półksiężycowate plamy pomiędzy linią dziąsła a zamkiem ortodontycznym-bardzo trudne do zlikwidowania, które mogą być przyczyną wcześniejszego zdjęcia aparatu. Utrzymanie wzorowej higieny jamy ustnej zgodnie z zaleceniami lekarza gwarantuje uniknięcie tego problemu i jest niezbędne dla możliwości przeprowadzenia skutecznego leczenia ortodontycznego.

**Zmiany w przyzębiu** - przerosty i krwawienia dziąseł są reakcją tkanek miękkich na złą higienę. Jeśli pacjent nie jest w stanie zastosować się do zaleceń prawidłowej higieny jamy ustnej, konieczne bywa zakończenie leczenia, aby uniknąć rozprzestrzeniania się stanu zapalnego w głąb tkanek przyzębia.

**Rozchwianie zębów** - ortodontyczne przemieszczenie zębów odbywa się poprzez przebudowę kości i związaną z tym przejściową ruchomością zębów. Po zakończonym leczeniu zęby zwykle wracają do pierwotnej stabilności.

**Uwidocznienie „czarnych trójkątów”**- po przesunięciu stłoczonych zębów, szczególnie u osób po 35 roku życia, mogą uwidocznić się ubytki (niedorozwój lub/i zanik) brodawki dziąsłowej w przestrzeniach międzyzębowych. Zazwyczaj wykonuje się redukcję szkliwa zębów sąsiadujących z powstałym „czarnym trójkątem” tak, by po zbliżeniu zębów brodawka uległa regeneracji i wypełniła pustą przestrzeń.

## Zgoda na leczenie ortodontyczne aparatem stałym

Data wydruku: 30-05-2023

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,

REGON: 38580640800013

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

**Recesja dziąsła i obnażanie szyjek zębów** - w okolicach gdzie zęby przed leczeniem były bardzo wychylone, stłoczone lub przeciążone dochodziło przez lata do destrukcji kości i dziąsła, maskowanej nieprawidłową pozycją zębów. Po wyleczeniu wady zgryzu istniejący wcześniej problem uwidocznia się w postaci zaniku dziąsła i obnażania szyjek zębów. W rzadkich przypadkach zalecane są zabiegi periodontologiczne (dotyczące przyzębia).

**Resorpcja korzeni** - resorpcja polega na skróceniu korzeni zęba. W zębach stałych jest zjawiskiem patologicznym o nieznannej etiologii. Może występować u osób nigdy nieleczonej stomatologicznie jak i podczas terapii, w tym ortodontycznej. Najczęściej polega na zaokrągleniu szczytów korzeni, ale może też dochodzić do zaniku dużej części jednego lub kilku korzeni. Kontrola radiologiczna przed i w trakcie leczenia oraz stosowanie odpowiednich sił minimalizuje ryzyko powstania resorpcji. Długotrwałe niezgłaszanie się na wizyty, szczególnie połączone z awariami aparatu, pozbawia lekarza kontroli nad powstającymi w aparacie siłami i kierunkiem ich działania, co może sprzyjać resorpcji.

**Utrata żywotności zęba** (dewitalizacja) - w bardzo rzadkich przypadkach mówi się o wystąpieniu utraty żywotności zęba w trakcie lub po leczeniu ortodontycznym. W prawie wszystkich przypadkach wiąże się to z urazem już wcześniej uszkodzonych zębów. Istnieją też inne liczne powody utraty żywotności np. wypełnienia, zęb pod koroną protetyczną.

**Ruchomość uzupełnień protetycznych** – podczas leczenia ortodontycznego może dojść do niepożądanego zdjęcia koron lub mostów protetycznych. W większości przypadków lekarz może je ponownie osadzić.

**Uszkodzenie wypełnień, odbudowy kosmetycznej, licówek i koron protetycznych** – wypełnienia znajdujące się w obszarze leczenia mogą się przebarwić lub uszkodzić. Również odbudowy kosmetyczne, licówki i korony ceramiczne mogą częściowo lub całkowicie ulec uszkodzeniu lub utracić połysk. W wielu przypadkach po leczeniu ortodontycznym należy wymienić korony na nowe, pasujące do nowego zwarcia. Aby tego uniknąć, w miarę możliwości na czas leczenia ortodontycznego zakładamy korony tymczasowe.

**Złamanie martwych zębów** - zęby martwe są kruche, ulegają pęknięciom i złamaniom w różnych okolicznościach, również przy normalnym obciążeniu żuciem.

**Połknięcie lub zaaspirowanie elementów ortodontycznych** - podczas pracy w gabinecie oraz w mniejszym stopniu podczas codziennego użytkowania aparatu może dojść do poluzowania i przypadkowego połknięcia lub zaaspirowania elementu aparatu ortodontycznego. Aspiracja do dróg oddechowych wymaga natychmiastowej pomocy w celu ułatwienia wykrztuszenia elementu lub – w przypadku niepowodzenia – wezwania pogotowia ratunkowego.

**Brak oczekiwanego efektu przy braku/złej współpracy** - do efektywnego leczenia niezbędna jest intensywna współpraca pacjenta, u dzieci dodatkowo wspomagana przez rodziców lub opiekunów. Niezbędne jest przestrzeganie zaleceń lekarza i terminów wyznaczonych wizyt. Przy braku lub złej współpracy należy liczyć się z niezrealizowaniem przyjętego planu leczenia, wydłużającym się czasem leczenia lub koniecznością przerwania leczenia lub wdrożenia dodatkowych procedur medycznych.

**Brak oczekiwanego efektu leczenia** – przy zachowaniu maksymalnej jakości współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem w rzadkich przypadkach dochodzi do niepowodzenia w leczeniu polegającym na niemożności uzyskania zaplanowanych przesunięć zębowych. Związane jest to zazwyczaj z niediagnostycznymi zaburzeniami w kości czy w korzeniach zębów, takimi jak kościorost, blizny kostne, ponawykowe zagęszczenia kości, zmiany w anatomii korzeni, wcześniejsze leczenie ortodontyczne, nieprawidłowy wzrost itp. Przyczyną mogą być też zaburzenia hormonalne pacjenta, stres, bruksizm (ścieranie się zębów), przyjmowane leki i wiele innych. Aby zminimalizować ryzyko niepowodzenia należy podczas wywiadu wyczerpująco odpowiadać na zadane pytania oraz zgłaszać w trakcie leczenia wszelkie zmiany dotyczące stanu zdrowia. Brak satysfakcjonujących postępów w leczeniu może wymagać zmiany planu leczenia lub zakończenia leczenia bez zrealizowania przyjętego planu leczenia. Nie sposób przewidzieć wszystkich następstw leczenia aparatem stałym. Nawet standardowe i sprawdzone procedury mogą wywołać nieprzewidziane reakcje.

**Wydłużanie się czasu leczenia** - leczenie ortodontyczne jest procesem długotrwałym. Zaplanowany czas leczenia może się zmienić (skrócić lub wydłużyć) z powodu osobniczej podatności na leczenie, możliwości przebudowy i regeneracji kości, zmiennych warunków zdrowotnych, braku lub złej współpracy pacjenta czy nowo zaistniałych problemów. Sukces leczenia jest szczególnie zależny od wzorowej współpracy pacjenta.

**Recydywa** - zęby wykazują naturalną skłonność do przemieszczania się, zarówno u osób leczonych jak i nieleczonych ortodontycznie. Jako recydywę określa się wędrówkę zębów w kierunku pozycji sprzed leczenia. Dotyczy to szczególnie zębów zrotowanych i szparowatości. Z tego powodu po zakończeniu leczenia nakładkowe stosowane są aparaty retencyjne. Długa, w wielu przypadkach dożywotnia retencja jest często jedyną gwarancją utrzymania osiągniętych wyników. Drobne zmiany w pozycji zębów są zjawiskiem pożądanym, świadczącym o adaptacji zgryzu do sił powstających w narządzie żucia.

**Alergia** – możliwe jest wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia. Alergia zazwyczaj przybiera obraz pieczenia, drętwienia, metalicznego posmaku, przerostów dziąseł, miejscowego stanu zapalnego tkanek miękkich jamy ustnej.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia. Powyżej wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta.

Dodatkowe uwagi: ...

## Zgoda na leczenie ortodontyczne aparatem stałym

Data wydruku: 30-05-2023

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,

REGON: 38580640800013

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

### IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się pisemnie powiadomić lekarza prowadzącego bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
  - a) o stanie mojego zdrowia;
  - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
    - a) w szczególności zostałem poinformowany, że:
      - w trakcie leczenia konieczne są wizyty, które zalecane są co 4-8 tygodni (chyba, że lekarz zaleci inaczej);
      - w trakcie leczenia pacjent zobowiązany jest do zachowania wzmożonej higieny jamy ustnej;
      - w trakcie leczenia ortodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich lub/i tomograficznych i/lub cefalometrycznych;
    - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
    - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
  - c) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:  
...  
oraz o związanych z tymi metodami ryzyku;
  - d) o możliwości zaniechania leczenia ortodontycznego aparatem stałym i jego konsekwencjach;
  - e) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia ortodontycznego aparatem stałym, a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
  - f) o zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
  - g) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 5) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- 6) zapoznałem/am się z treścią planu leczenia, który stanowi załącznik do niniejszego formularza zgody, w pełni go akceptuję i nie wnoszę do niego żadnych uwag;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego i zostałem poinformowany o konsekwencjach podjęcia takiej decyzji;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

### V. ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :  
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)\*

[...] leczenie ortodontyczne aparatem stałym (zgodnie z planem leczenia, stanowiącym załącznik do niniejszego formularza zgody)

Załącznik: plan leczenia z dnia ...

.....  
.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
.....  
data i czytelny podpis pacjenta

### VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

1) Przewidywane koszty leczenia ortodontycznego APARATEM STAŁYM:

1. koszty montażu aparatu oraz elementów kotwiących zgodnie z planem leczenia z dnia
2. Ekwilibracja, Diagnostyka radiologiczna, Wizyta profilaktyczna/higienizacyjna (cena zgodna z aktualnym cennikiem na dzień świadczenia usługi)

## Zgoda na leczenie ortodontyczne aparatem stałym

Data wydruku: 30-05-2023

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,

REGON: 38580640800013

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

W trakcie leczenia ortodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania dodatkowych zabiegów stomatologicznych, niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem ortodontycznym, a mających wpływ na przebieg i jakość leczenia ortodontycznego (np. założenie wypełnienia, leczenie kanałowe, etc.). Koszty takich zabiegów nie są objęte planem leczenia ortodontycznego i kosztorysem.

W przypadku pacjentów, u których leczenie ortodontyczne jest leczeniem przygotowawczym do leczenia protetycznego lub implantoprotetycznego ostateczny plan leczenia docelowego zostanie przygotowany po zakończonym leczeniu ortodontycznym.

W przypadku zaniechania lub odroczenia leczenia (min. 3-miesięczna absencja na wizytach ze strony pacjenta) lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza, lekarz może przerwać leczenie lub zaktualizować plan leczenia, co jest jednoznaczne ze zmianą kosztorysu leczenia.

### 2) Warunki płatności :

#### koszty stałe:

całość kosztów leczenia w dniu zaakceptowania planu leczenia lub założenia aparatu

koszty zmienne: po wykonaniu świadczenia zdrowotnego

### 3) Oświadczenia pacjenta.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;
3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
4. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne. 2

.....  
(data, podpis pacjenta)

### VII. Zgoda na ujawnienie tajemnicy lekarskiej.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....  
(data, podpis pacjenta)

### VIII. Wskazania i zalecenia dla Pacjentów po założeniu aparatu ortodontycznego

1. Po założeniu aparatu może występować ból zębów i dziąseł, który może utrzymywać się do 3 dni.
2. W razie otarcia lub podrażnienia wargi lub policzka stosować wosk na zamki i żel.
3. W przypadku odklejenia zamka lub innej części aparatu należy zgłosić się do gabinetu.
4. Należy ostrożnie uprawiać sporty kontaktowe typu judo, piłka nożna, itd. należy zawsze stosować ochraniacz na zęby.

#### Higiena jamy ustnej

1. Należy zwiększyć higienę jamy ustnej. Po każdym posiłku należy myć zęby (jeśli nie ma możliwości przepłukać wodą) oraz używać nitki dentystycznej lub irygatora dziąsłowego.
2. Do oczyszczania przestrzeni między zębowych zalecane są szczoteczki między zębowe lub nitka Superflos z twardą końcówką, aby móc przełożyć ją pod drutem.
3. Aby łatwiej doczyszczać powierzchnię wokół zamka i same zamki warto używać szczoteczki jednopęczkowej.
4. Zaleca się wykonywać zabieg higienizacji w gabinecie stomatologicznym co trzy miesiące

**Zgoda na leczenie ortodontyczne aparatem stałym**

Data wydruku: 30-05-2023

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,****REGON: 38580640800013**

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

5. Pacjent oprócz kontrolnych wizyt ortodontycznych i higienizacyjnych powinien regularnie kontrolować stan uzębienia u lekarza dentysty. Jeśli lekarz stwierdzi próchnicę, leczenie zębów można wykonać na wizycie u innego lekarza lecz wskazane jest wcześniejsze zdjęcie łuku, a nawet innego elementu aparatu.

**Dieta**

1. W diecie należy unikać twardych pokarmów typu: orzechy, kości, suchary oraz słodczy typu toffi.

2. Pacjenci powinni unikać spożywania produktów spożywczych wpływających na przebarwienia ligatur. Na przebarwienie ligatur (w niektórych aparatach również innych ich elementów) wpływają te produkty, które zawierają silne barwniki.

Mogą to być:

owoce lub warzywa: czerwone buraki, czerwona papryka (ostra i słodka), wiśnie, czarne porzeczki, jagody, aronia

napoje: kawa (nawet z mlekiem), herbata (wszystkie gatunki, nie wyłączając zielonej), cola, soki z owoców wymienionych powyżej,

czerwone wino, przyprawy z dodatkiem curry, kurkumy, sosy sojowy, chilli, tabasco, barwione słodczy: żelki, cukierki, lody i lizaki

(zwłaszcza te barwiące język); Do przebarwień przyczynić się również może palenie tytoniu - zamki i łuk najczęściej nie ulegają

przebarwieniu, może się jednak pojawić na nich nalot spowodowany wymienionymi powyżej czynnikami, który można usuwać poprzez piaskowanie.

**Pierwsza pomoc dla Pacjentów ortodontycznych**

1. jeśli zamek lub pierścień się odklei to należy założyć na niego kawałek wosku,
2. jeśli dojdzie do podrażnienia dziąseł, języka lub policzka to należy stosować wosk na elementy drażniące np. wystające zamki, druciki, pierścienie,
3. na miejsca podrażnione można stosować żele, maści łagodzące np. sachol, carident, solcoseryl, trascodent, cicalium
4. należy jak najszybciej, w miarę możliwości udać się do gabinetu stomatologicznego;

**Awaryjne sytuacje**

W przypadkach kiedy aparat powoduje dyskomfort lub sprawia kłopoty pacjent może sam sobie skutecznie udzielić pomocy.

Poniżej opisane są typowe sytuacje:

Ból zębów po założeniu aparatu - nie u każdego pacjenta występują dolegliwości bólowe, zależy to od indywidualnych predyspozycji

pacjenta. Zwykle dolegliwości nie wymagają zażywania środków przeciwbólowych. W razie silnego bólu proszę zażyć tabletkę

przeciwbólową typu panadol, paracetamol, ibuprofen, apap.

Otarcia - element aparatu powodujący otarcia należy okleić specjalnym woskiem. Można użyć preparatu przeznaczonego do otarć śluzówki dostępnego w aptekach bez recepty (sachol, solcoseryl, cicalium).

Wystający drut - można spróbować zakleić drut woskiem, ewentualnie za pomocą ostrych cążek przyciąć możliwie blisko zamka wystającą końcówkę drutu (zachowując szczególną ostrożność).

Odklejenie zamka - zwykle nie wymaga natychmiastowej interwencji lekarza, zamek można przykleić na najbliższej wizycie. Jeżeli odklejony element drażni śluzówkę można zakleić go woskiem lub zgłosić się do gabinetu stomatologicznego.

.....  
(data, podpis pacjenta)