

NAVODILO PRED ZAČETKOM ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA

S SODELOVANJEM V ORTODONTSKEM ZDRAVLJENJU LAHKO IZKORISTIMO MOŽNOST IZBOLJŠANJA ORALNEGA ZDRAVJA IN S TEM KVALITETE ŽIVLJENJA. ZDRAVLJENJE JE PROSTOVOLJNO.

Cilj ortodontskega zdravljenja je doseči pravilno oblikovano in skladno delujoče zobovje, ter zagotoviti pogoje za skladno rast in razvoj čeljusti in obraza.

Pogoji za pričetek ortodontskega zdravljenja so:

- 1) zdravi zobje in obzobna tkiva. Potrebo po ortodontskem zdravljenju oceni osebni zobozdravnik, ko ima otrok popravljene vse zobe, zdrave dlesni in ko oceni, da si zna pravilno čistiti zobe.
- 2) v ustih ni znakov nezadostne ustne higiene (zobne obloge, vnetja dlesni)
Brez pravilne in natančne ustne higiene ortodontskega zdravljenja ni mogoče pričeti, saj lahko pride do zapletov.
- 3) oseba je pripravljena sodelovati in upoštevati ortodontova navodila. (sodelovanje pri prizadevanju za odpravljanje funkcionalnih motenj, nošenje snemni pripomočkov in gubic po navodilih, itn.) Pri mlajših otrocih brez sodelovanja staršev rezultatov ni mogoče pričakovati.
Na podlagi razvojnega obdobja otroka ter narave in teže nepravilnosti se ortodont na prvem pregledu odloči, kdaj je najprimernejši čas za začetek zdravljenja.

Opazovanje: dokler niso izpolnjeni vsi pogoji za začetek zdravljenja, prihaja otrok na kontrolne preglede na daljša časovna obdobja. V tem času se lahko po potrebi predpišejo enostavni ukrepi (npr. predčasna odstranitev mlečnega zoba) ali vaje ter enostavnejši konfekcijski pripomočki, s katerimi lahko preusmerimo rast in razvoj in preprečimo nastanek nepravilnosti ali vplivamo na to, da se razvije v manjši meri.

ZAČETEK AKTIVNEGA ZDRAVLJENJA se prične ob prejemu prvega aparata. Poznamo **snemne** (potrebno jih je nositi praktično ves dan -izjemoma ne v šoli-, pri hranjenju se aparat odstrani iz ust, hrani se v škatlici, čisti z ščetko pod tekočo vodo; **na kontrolni pregled se ga prinese s sabo!**) in **nesnemne (fiksne) aparate**, pa tudi **kombinirane**. Pri slednjih dveh aparatih je potrebno imeti **dodatne pripomočke za čiščenje in vzdrževanje zdravih zob in dlesni**. Nesnemni in kombinirani aparati se razlikujejo glede na materiale, iz katerih so in po načinu delovanja. Ortodontsko zdravljenje lahko poteka v eni ali več fazah, ob uporabi enega ali več aparatov. Večinoma se nepravilnost izboljša ali popravi v dveh do treh letih, lahko pa traja tudi dlje. **Določenih, predvsem popolnoma razvitih čeljustnih nepravilnosti, ni mogoče v celoti popraviti samo z ortodontskim zdravljenjem.**

Tveganja ortodontskega zdravljenja so: poškodba zobnega živca, skrajšanje korenine, vnetje dlesni, poškodbe sklenine. Ortodontsko zdravljenje se odsvetuje tudi pri zobeh z zelo oslajeno in poškodovano sklenino, saj obstaja večja možnost poškodb (npr. odlom sklenine), pa tudi pri določenih splošnih bolezenskih stanjih, alergijah in vnetjih v ustni votlini.

Kontrolni pregledi oseb, ki že nosijo aparat, so namenjeni aktivaciji, prilagoditvi aparata in zamenjavi določenih delov aparata. Kako pogosti so, določi ortodont. **Priporočamo, da pacienti s sabo na kontrolni pregled vedno prinesejo tudi pripomočke za vzdrževanje ustne higiene. Kadar se med zdravljenjem pojavijo resnejši znaki neredne ustne higiene in se dlesni močno vnamejo, je ortodont dolžan ortodontsko zdravljenje predčasno prekiniti in aparat odvzeti oz. sneti. Za preostale nepravilne zobe in morebitne razmike med zobmi, kadar je bilo potrebno pred namestitvijo aparata odstraniti kakšen stalni zob, ortodont ne odgovarja. Nadaljevanje zdravljenja je mogoče le ob plačilu ponovne namestitve novega aparata, zdravljenje pa se podaljša in podraži.**

Ob vsaki negotovosti (odlepljenje ali poškodovanje aparata, neobičajna bolečina) je potrebno takoj obvestiti ortodonta (po telefonu 02 535 10 65 - tudi izven delovnega časa vse nujne klice beleži odzivnik - po pogovoru in pisku obvezno pustite podatke: ime in tel. številko, posneta pa so tudi navodila v primeru daljše odsotnosti ortodonta).

Zdravljenje je končano, ko to ugotovi ortodont, vsekakor pa ne prej kot eno leto po snetju aktivnega aparata (**obdobje vzdrževanja zob v novi legi, retencija**) Lepo poravnani zobje, ki jih vidi pacient oz. starši, še ne zagotavljajo stabilnosti. V ta namen je potrebno določen čas nositi še **snemni retencijski aparat ali retencijsko žičko za ohranjanje lege zob (včasih tudi več let ali trajno, posebej pri še obstoječih nepravilnih funkcijah ali pri večjih čeljustnih neskladjih)**. Retencijski pripomočki se kontrolirajo enkrat do dvakrat letno oz. po potrebi, saj se razmere v ustni votlini -sploh pri še rastočih osebah- z leti spreminjajo in so prilagoditve občasno potrebne. Popravljanje ali ponovna izdelava novih retencijskih pripomočkov izven garancijske dobe (eno leto po snetju aktivnega aparata) ali zaradi sprememb v ustni votlini (nove zalivke, neredno nošenje in aparat ne sedi več popolnoma na zobeh ali se zlomi, nabiranje trdih zobnih oblog) in tudi stroški trajnega vzdrževanja bremenijo pacienta oz. starše.

Seznanjen sem s tem, da lahko ob neupoštevanju navodil, nerednem prihajanju na preglede in slabi ustni higieni pride do kariesa, poškodb na zobeh in obzobnih tkivih in da je ortodont v tem primeru dolžan prekiniti ortodontsko zdravljenje ter za nastale poškodbe ne odgovarja. Nadaljevati zdravljenje pa je kasneje ponovno mogoče le ob plačilu stroškov nadaljnjega zdravljenja, zdravljenje pa se tudi podaljša. Pristanem na uporabo fotografiranja in snemanja, ki je sestavni del ortodontskih preiskav. V času trajanja ortodontskega zdravljenja se bom /se bo moj otrok/ redno udeleževal preventivnih pregledov zob pri osebem zobozdravniku vsaj enkrat letno in skrbel za to, da bodo zobje in obzobna tkiva pravočasno pozdravljena in pod strokovnim nadzorom. Strinjam se z načrtom zdravljenja in potrjujem, da sem / je moj otrok pripravljen (ima / m zdrave oz. popravljene zobe in zdrave dlesni in bo / m aktivno sodeloval) na ortodontsko zdravljenje. Strinjam se, da moje osebne podatke, fotografije in rtg slike uporabljajo pogodbeni stranke, ki sodelujejo pri izdelavi aparatov (zobni tehniki, rtg kabineti, obdelovalci digitalnih podatkov in posnetkov zob in obzobnih tkiv.)

Ime in priimek: _____ št. _____ / _____ Roj.datum: _____

Načrt zdravljenja:

0.interceptivni ukrepi: _____

1.faza: odpravljanje funkcionalne motnje _____ funkcionalni ap. / aparat _____

2.faza NOA- snemni aparat Roth 022 SWA zg / sp _____ **Potrebne odstranitve zob:**

Potrebni kirurški posegi: frenulotomija _____ fenestracija _____ odstranitev retiniranih zob _____

Predvidena operacija čeljusti po končani rasti _____ (za kirurški poseg se kljub seznanjenosti z zdravstvenimi in finančnimi posledicami ne želimo odločiti)

Podpis: _____

3.retencijska faza: zg _____ sp _____ drugo _____ predvidena trajna ret.

Predviden čas zdravljenja: _____ let +retencija

*(vse cene storitev so objavljene v aktualnem ceniku na spletni strani in v čakalnici naše ambulante)

Za plačilo ortodontskih in zobozdravstvenih storitev sem se prostovoljno odločil in sem seznanjen, da za opravljene in plačane storitve ne morem zahtevati povračila vplačanega denarja od Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma od zavarovalnice, kjer imam sklenjeno dodatno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. . Pred pregledom sem bil-a seznanjen-a s pogoji in načinom plačila storitev.

Dovoljujem uporabo fotografij zob / dela obraza-zakrita identiteta / rtg v medicinsko znanstvene namene ter na spletni strani www.ortodontijams.si (brez osebnih podatkov) DA / NE

Datum: _____ **Podpis pacienta :** _____ **Podpis staršev/ skrbnikov:** _____