

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА УСЛУГУ ПО ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ

Пациент (Ф.И.О.) _____

Данный документ является письменным выражением моего согласия на проведение мне процедуры отбеливания зубов.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами.

Мне известно, что мой лечащий врач работает по технологиям, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

1. Мне разъяснена врачом и понятна информация о сути отбеливания зубов:

- а) Активным компонентом отбеливающего препарата является перекись водорода.
- б) Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.
- в) Абсолютными противопоказаниями для проведения процедуры отбеливания зубов являются:

- возраст пациента до 18 лет;
- беременность и кормление грудью;
- аллергические реакции на отбеливающие компоненты (перекись водорода);
- прием следующих препаратов: доксициклин, тетрациклин, третиноин, ципрофлоксацин, оксапрозин, гидрохлортиазид и т. д. Данные препараты являются светочувствительными, и во время процедуры отбеливания зубов могут возникнуть фотохимические или фотоаллергические реакции (по типу солнечных ожогов или дерматитов);
- общие заболевания: онкологические и эндокринные, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь.

г) Перед проведением процедуры отбеливания необходимо:

- провести профессиональную гигиену полости рта;
- закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

д) При необходимости пройти рентгенологическое исследование.

е) Во время процедуры отбеливания зубов и после возможно появление чувствительности зубов и раздражения слизистой оболочки рта (жжения) - эти явления носят временный характер.

ж) В случае, когда появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или десен в процессе отбеливания, врач прекращает процедуру, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

з) Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, виниры) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

и) Измененные в цвете зубы с удаленным нервом не отбеливаются при нанесении отбеливающего препарата на поверхность зуба.

к) Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.

л) Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 2 лет. В дальнейшем возможно проведение повторных курсов отбеливания.

м) Для сохранения полученных результатов после процедуры отбеливания зубов необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- ежедневное соблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта;
- в период проведения отбеливающих процедур и первые 2 недели после процедуры - отказ от употребления красящих продуктов, напитков и курения (соблюдение «прозрачной диеты»). Табакокурение, продукты, напитки, содержащие интенсивные красители могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания;
- регулярное посещение стоматолога (не реже одного раза в полгода);
- проведение профессиональной гигиены полости рта;
- пользоваться специальными отбеливающими пастами.

2. Мне разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:

- а) Невозможность предсказания точного результата процедуры отбеливания.
- б) Невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания зубов.

3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом.

Я согласен (а) оплатить медицинские услуги в полном объеме.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета в амбулаторной карте стоматологического больного о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично. Оплата за лечение может быть мною проведена за наличный или безналичный расчет.

Своей подписью я заверяю, что прочел и полностью понял (а) все слова и выражения, касающиеся предложенной мне процедуры отбеливания зубов, а также все данные мне объяснения. Я также заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания вышеизложенного.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

Мне, _____, врачом

предоставлена вся интересующая меня информация о предлагаемой процедуре отбеливания.

Отбеливание зубов - косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний.

Я понимаю цель и суть данной процедуры. Врач оценил состояние моего здоровья и провел обследование зубочелюстной системы для этого вмешательства.

Мне объяснили альтернативные методы осветления зубов, и, рассмотрев их, я сделал(а) свой выбор сознательно.

Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован.

Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Меня проинформировали о том, что в случае проведения клинического отбеливания более чем в одно посещение перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т. к. эффективность процедуры будет потеряна. В течение первых 24 часов после отбеливания чувствительность зубов может быть повышена. Это ощущение обычно проходит в течение 1-2 дней.

В случае изначальной чувствительности зубов врач по согласованию со мной может провести процедуры по снижению чувствительности до отбеливания. Отбеливание может вызвать временное воспаление десен. Также может возникнуть раздражение десен. Меня предупредили, что эти проблемы проходят в течение нескольких дней.

Я понимаю, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и (или) заменены до отбеливания.

Я согласен(а), что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать, какого точно цвета будут зубы после отбеливания.

Я полностью понимаю, что во время и после процедуры состояние может измениться, тогда по усмотрению врача для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Для дополнительной активации геля во время процедуры используется источник света.

Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фото-химо- и PUVA-терапией, мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции. После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества. При оказании процедуры отбеливания гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне процедуры отбеливания.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.