

Добровольное информированное согласие на процедуру Отбеливания зубов

от « _____ » _____ 20__ г.

Мне, _____, врачом _____,

предоставлена вся интересующая меня информация о предлагаемой процедуре отбеливания.

Отбеливание имеет своей целью достижение максимального результата осветления зубов за один сеанс. ***отбеливание зубов - косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний.**

Отбеливание производится при помощи системы _____

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, 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.

Эти ощущения обычно проходят в течении 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 или 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 точный цвет зубов 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.

Врачом используется источник света, для дополнительной активации геля. Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фотохимо- 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, применением 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 задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последний 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 системой _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____