

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о сути отбеливания зубов:

в зависимости от состояния зубов и десен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов;

эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры;

перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (так как это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов;

при проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаление десен – эти явления носят временный характер;

при проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба;

при соблюдении рекомендаций врача в процессе отбеливания не наносится повреждение тканям зубов, так как все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты;

при нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также если у пациента появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или десен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат;

окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания;

все инородные материалы в полости рта не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов;

продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания;

длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 3 лет. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.

Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:

ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей;

по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже, по показаниям);

пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях, а именно:

невозможность предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания;

невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов и особенностей организма.

Мне названы и со мной согласованы:

технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;

сроки проведения процедуры;

стоимость процедуры отбеливания. При этом мне известно, что в процессе отбеливания стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20__ г.

_____ / _____

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

_____ / _____

подпись

ФИО врача