

Информированное добровольное согласие пациента на услугу по отбеливанию зубов

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ В ОТНОШЕНИИ ____ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание медицинской помощи в ____ полное наименование медицинской организации ____

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

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

Мне разъяснена врачом и понятна информация о сути отбеливания зубов.

Активным компонентом отбеливающего препарата является перекись водорода.

Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

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: доксицилин, тетрацилин, 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.

Мне понятно, что перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиену полости рта, а также закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов, при необходимости пройти рентгенологическое исследование.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Меня информировали о том, что во время процедуры отбеливания зубов и после возможно появление чувствительности зубов и раздражения слизистой оболочки рта (жжения) – эти явления носят временный характер. 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.

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

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

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

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.

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

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

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

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«___» _____ Г.