

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского отбеливания зубов

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

медицинского отбеливания зубов в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью медицинского вмешательства является:

улучшение эстетических качеств улыбки, изменения цвета эмали зубов до более светлых оттенков при помощи кратковременного нанесения на эмаль зубов специальных препаратов.

2. Характер, способ и этапы медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что активным компонентом препаратов для отбеливания зубов является перекись водорода.

В зависимости от причины и типа дисколорита, состояния зубов пациента, врач назначает индивидуальную схему и метод отбеливания зубов.

Условия проведения медицинского отбеливания зубов: перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (как правило за сутки до проведения отбеливания зубов), закрыть временным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов, при внутритрикоронковом отбеливании зуба необходимо перепломбировать его корневые каналы.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: домашнее отбеливание, средства гигиены с отбеливающим эффектом.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав альтернативный вид медицинского вмешательства и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры медицинского отбеливания.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству:

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

Наличие реставраций (пломбы, коронки, виниры) на зубах, входящих в область отбеливания является противопоказанием к проведению процедуры, так как материалы, из которых сделаны реставрации зубов, не изменят цвет под действием отбеливающих зубов материалов, в связи с чем, может быть рекомендована их замена после окончания процедуры отбеливания зубов. В таком случае процедура может быть выполнена только в случае намерения пациента заменить имеющиеся реставрации под цвет зубов, полученный после отбеливания.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

При соблюдении пациентом рекомендаций врача в процессе отбеливания не наносится необратимого повреждения тканей зубов, т.к. используемые отбеливающие системы и аппараты прошли серьезные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты и регистрационные документы.

В случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, процедура отбеливания прекращается.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются: улучшение эстетических качеств улыбки, изменения цвета эмали зубов до более светлых оттенков при помощи кратковременного нанесения на эмаль зубов специальных препаратов.

Эффект отбеливания зубов невозможно точно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры, но, как правило, она усиливает блеск, яркость и улучшает внешний вид зубов.

Окончательный цвет зубов определяется через двое суток (в сложных случаях – в срок до двух недель) после завершения процедуры отбеливания.

Врачом мне также было разъяснено:

– о нормальной реакции организма: при проведении отбеливания зубов возможно временное появление чувствительности зубов, жжения и воспаление десневого края.

– об особенностях ухода после медицинского вмешательства: для поддержания эффекта отбеливания зубов необходимо ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей, по рекомендации врача проводить повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже по необходимости), пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами и проходить регулярные курсы профессиональной гигиены (в среднем каждые 6 месяцев). Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей, в дальнейшем возможно проведение повторных курсов отбеливания.

– о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: все продукты питания, напитки, лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, курение, могут вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания зубов. В срок до 14 дней после проведенного отбеливания зубов, необходимо полностью исключить из пищевого рациона пигментсодержащие продукты, указанные в памятке пациенту после отбеливания зубов.

Мне сообщена и понятна информация о невозможности предсказания точного результата процедуры отбеливания и невозможности определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов, клинических особенностей, привычек и образа жизни пациента.

Также я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (« _____ » 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

(подпись) (ФИО) « _____ » 202__ г.

Подпись Врача _____ (« _____ » 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)