URING
REGENERATION
CLINIC

Информированное добровольное согласие на процедуру отбеливания зубов

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____

проинформирован(а) врачом-стоматологом ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) 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.

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, 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 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, 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 (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.
Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

_____/_____
Подпись пациента

Подпись врача _____/_____

Дата «____» _____ 20___г.

Дата	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента