

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
отбеливание зубов**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я _____
соглашаюсь с тем, что отбеливание зубов будет проводить врач-стоматолог

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути отбеливания зубов:

- 2.1. Активным компонентом отбеливающих препаратов является перекись водорода.
- 2.2. В зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов
- 2.3. Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода, повышенная чувствительность зубов, патологическая стираемость зубов тяжёлой степени, множественные трещины эмали.
Для домашних видов отбеливания зубов противопоказаниями являются: хронические заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, заболевания десен тяжелой степени, а также другие непролеченные заболевания дёсен, оголение корней зубов, множественные кариозные полости, бруксизм (чрезмерное сжатие зубов).
- 2.4. Перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (т.к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбирочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.
- 2.5. При проведении отбеливания зубов возможно:
 - появление чувствительности зубов и воспаления дёсен. Эти явления носят временный характер.
 - в случае отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин или переломов стенок зуба.
- 2.6. В процессе отбеливания, при соблюдении рекомендаций врача не повреждаются ткани зубов, т.к. все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты.
- 2.7. При нарушении пациентом схемы отбеливания возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а так же в случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.
- 2.8. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания
- 2.9. Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

2.10. Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, а также табакокурение, могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания.

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

2.12. 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.

2.13. При проведении профессиональной чистки или при лечении зубов в отдельных случаях требуется применение анестезии.

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения, затруднённое открывание рта, снижение внимания, аллергические реакции.

2.14. При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков или антибиотиков.

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом 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.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;
- сроки проведения процедуры;
- стоимость отбеливания одного зуба и объема работ в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный пленочный или компьютерный снимок
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: _____

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

_____ / _____ /

Дата _____

(подпись Пациента)

(Расшифровка подписи)