Информированное добровольное согласие

на оказание медицинских услуг по отбеливанию зубов

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. пациента полностью)*

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»  даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» медицинских процедур по отбеливанию зубов.

1. Врачом-стоматологом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мне разъяснено содержание услуги отбеливания зубов:

    а) Активным компонентом отбеливающего препарата является перекись водорода.

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

    в) 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: доксициклин, тетрациклин, 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.

   г) Перед проведением процедуры отбеливания необходимо:

   - провести профессиональную гигиену полости рта

   - закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов

   д) При необходимости пройти рентгенологическое исследование.

   е) Во время процедуры отбеливания зубов и после возможно появление чувствительности зубов и      раздражения слизистой оболочки рта (жжения) – эти явления носят временный характер.

   ж) В случае, когда появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или дёсен в процессе отбеливания, врач прекращает процедуру, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

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

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

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

   л) Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 2-х лет. В дальнейшем возможно проведение повторных курсов отбеливания.

   м) 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;

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

   а) Невозможность предсказания точного результата процедуры отбеливания;

   б) Невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания зубов.

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

Я подтверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящей манипуляции мною осознан.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я сообщил(а) врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я проинформирован(а), что имею право отказаться от процедуры в любой момент до начала ее выполнения, либо потребовать ее прекращения, в том числе после подписания данного информированного согласия.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания всего вышеуказанного.

 Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись, Ф.И.О. )

С документом ознакомил, врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись, Ф.И.О.)