



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Мне, \Patient\, врачом _____,
предоставлена вся интересующая меня информация 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.

Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения. 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. Эти ощущения обычно проходят в течении 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. Также может возникнуть 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 фотохимио- и PUVA терапией, а также, если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я обязуюсь сообщить о данной процедуре своему лечащему врачу до отбеливания.

После проведения процедуры отбеливания запрещается чрезмерное употребление кофе и других напитков, содержащих красящие вещества до трех недель. А также запрещается курить в течение всего курса отбеливания до 8 недель.

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(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне процедуры отбеливания.

Подпись пациента: _____ / \Patient\ /
(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)



Приложение №1 к Договору об оказании платных услуг
№\Number\ \Year\ от \Day\ \Month\ \Year\г

Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Дата « _____ » _____ 20__ г