

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

<p><i>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан</i></p> <p>Я, _____, Паспорт: _____, _____ выдан _____ являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю: _____ (ФИО полностью, год рождения)</p>
--

согласаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог-
_____ (далее по тексту - врач).
(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Отбеливание зубов – стоматологическая процедура изменения оттенка зубной эмали.

Мне разъяснены цель и суть данной процедуры.

Врач оценил состояние моего (представляемого) здоровья и провел обследование зубочелюстной системы для этого вмешательства.

Мне разъяснены альтернативные методы осветления зубов и, рассмотрев их, я сделал (а) выбор сознательно.

Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован.

Мне разъяснены показания к отбеливанию зубов: проявления возрастных изменений цвета эмали; потемнение эмали в результате табакокурения и воздействия пищевых красителей; потемнение эмали, приобретенное в результате лечения некоторыми видами лекарственных средств; поражение флюорозом легкой и средней степени.

Мне разъяснены противопоказания к проведению отбеливания зубов: возраст младше 18-ти лет; индивидуальная непереносимость (аллергические реакции) к компонентам используемых в процессе отбеливания веществ; беременность и кормление грудью; прохождение курса химиотерапии; прохождение лечения светочувствительными препаратами (третиноин, тетрациклиновый ряд антибиотиков и т.д.); невылеченные кариозные и иные разрушения зубных единиц; клиновидные дефекты зубов; оголение шейки зубных единиц; искусственные коронки; области, подвергавшиеся пломбированию, или реставрации, находящиеся в зоне предполагаемого отбеливания; пародонтит в фазе обострения; различные раневые поражения слизистой полости рта; наличие ярко выраженного рвотного рефлекса.

Мне разъяснены риски при отбеливании зубов: повышение чувствительности эмали зубов; изменение структурного состояния эмали; возможность преждевременного изнашивания зубных единиц; изменение прочности эмали, повышение хрупкости и ломкости; раздражение слизистых оболочек, расположенных в непосредственной близости к месту проведения процедуры.

Мне разъяснено, что перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (так как это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

Мне разъяснено, что при проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба.

Я информирован (а), 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. Эта ощущения обычно проходят в течении 1-2 дней. В случае изначальной чувствительности зубов, врач может провести процедуры по снижению чувствительности до отбеливания.

Мне разъяснено, что отбеливание может вызвать временное воспаление десен, а также может возникнуть раздражение десен, которые проходят как правило в течение нескольких дней.

Я информирован(а) о том, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и/или заменены до отбеливания.

Я информирован(а) о том, что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Я информирован(а) о том, 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.

Мне разъяснено, что после проведения процедуры отбеливания необходимо отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества.

Я информирован(а) о том, что манипуляция по отбеливанию зубов будет проводиться с применением 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.

Мне разъяснено, что длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 3 лет. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.

Я подтверждаю, что мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания; сроки проведения процедуры; стоимость процедуры отбеливания. При этом мне известно, что в процессе отбеливания стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечения врач предупредит меня и обоснует это.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего (представляемого) здоровья:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача после проведения манипуляции (отбеливание зубов) в полном объеме.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

«__» _____ 20____ г. (дата оформления)

ОБРАЗЕЦ