ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Общество с ограниченной ответственностью
“Точная стоматология”
ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1, офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Отбеливание зубов

г. Краснодар «___»_____202____г.

Я, _____
(Ф.И.О -полностью, контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____
(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства **мне\лицу,** интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) **проведение медицинского вмешательства – отбеливание зубов** (придания цвета эмали зубов более светлого оттенка) _____
(указать препарат, аппарат, дозировку, область применения, иное)

Медицинский работник_____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я понимаю, что отбеливание является не медицинской, а косметической процедурой, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по желанию пациента при отсутствии противопоказаний.

Я проинформирован, что непосредственно перед проведением отбеливания зубов обязательно нужно провести профессиональную гигиену зубов у стоматолога за отдельную плату.

Я выбираю следующий метод отбеливания: клиническое, домашнее, смешанное (*подчеркнуть*).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска развития осложнений и отсутствия эффекта от услуги:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью. Отсутствие эффекта от отбеливания не освобождает пациента от оплаты, поскольку услуга оказана согласно медицинскому протоколу, а подобный результат относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма пациента.
- достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова вернуться к первоначальному цвету
- возможно повышение чувствительности зубов в течение первых дней после отбеливания, то есть появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого. Эти ощущения обычно проходят в течение нескольких дней.
- возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия десны.
- после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы.

  Я уведомлен, что искусственные конструкции в полости рта после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов возможно придётся переделать для уменьшения цветовых различий, что повлечет дополнительные финансовые расходы.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов.

Я уведомлен, что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата процедура клинического отбеливания зубов может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от индивидуальных особенностей моих зубов.

Меня проинформировали о том, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной повышенной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания. Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я понимаю необходимость исключить красящие продукты и привычки для сохранения результата и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я предупрежден(а), что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тон. Я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на отбеливание зубов даже если в моем случае минимальным результатом отбеливания зубов будет сохранение цвета неизменным без осветления.

Я осведомлен(а) об основных правилах при проведении процедуры отбеливания домашнего и клинического отбеливания и обязуюсь их соблюдать в течение всего периода проведения процедуры:

1) не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности;
2) не употреблять в течение 2х недель с момента окончания последней процедуры отбеливания кофе, крепкого черного чая, красного вина, и иных красящих продуктов, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность ухудшения результатов услуги отбеливания;
3) также я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур отбеливания.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я понимаю, что на препараты для отбеливания также возможны аллергические реакции, которые заранее предусмотреть нельзя.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат отбеливания. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне 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.

Мне понятно значение системы нумерации зубов, всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение и даю информированное добровольное согласие на проведение мне в ООО «Точная стоматология» **проведение медицинского вмешательства – отбеливание зубов** (придания цвета эмали зубов более светлого оттенка)

_____

_____

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения, в спокойном состоянии, не под влиянием аффекта.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ Лечащим врачом.

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства, о чём расписывается собственноручно.

_____ _____ _____

(подпись) *(ФИО)* *(дата)*

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры - **Отбеливание зубов**, *дал ответы на все вопросы.*

Медицинский работник: _____ ФИО_____(подпись)