№ карты

Информированное добровольное согласие на процедуру отбеливания зубов.

Я, Проверочный Иван Иванович,

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован (а) о предполагаемой процедуре отбеливания.

Отбеливание зубов – косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний. Отбеливание при помощи системы Zoom имеет своей целью достижение максимального результата осветления зубов за один сеанс. Я понимаю цель и суть данной процедуры. Я предоставил врачу информацию о состоянии моего здоровья и он оценил его, равно как и провел необходимое обследование моих зубов для этого вмешательства.

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

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

Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения.

В течение первых 24 часов после отбеливания чувствительность зубов будет повышена. Эти ощущения обычно проходят в течении 1-2 дней. Я понимаю необходимость использования в период после отбеливания зубных паст для чувствительных зубов, а также необходимость использования паст с кальцием или гидроксиапатитом.

В случае изначальной чувствительности зубов, врач по согласованию со мной может провести процедуру по снижению чувствительности до отбеливания.

Отбеливание может вызвать временное воспаление, либо раздражение десны. Меня предупредили, что эти явления 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 ранее проведенных реставраций вплоть до полной их замены, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать, какого точно цвета будут зубы после отбеливания.

Я понимаю, что во время и после процедуры, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата, может быть назначен дополнительная или альтернативная терапия.

В системе Zoom используется источник света для дополнительной активации геля, что ускоряет в десятки раз саму процедуру отбеливания. Использование данного иллюмината нацелено лишь на ускорение процесса и не имеет дополнительного терапевтического воздействия. Если, я нахожусь под фотохимо – и PUVA терапией, мне необходимо проконсультироваться с терапевтом перед отбеливанием. Также, если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фототерапии.

После проведения отбеливания зубов, мне рекомендовано отказаться от курения, чрезмерного потребления чая, кофе, других продуктов, содержащих красящие пигменты, рекомендовано также соблюдать безукоризненную гигиену полости рта.

Мне гарантировали, что процедура отбеливания будет проводиться лично врачом соответствующей квалификации с применением только сертифицированных материалов, инструментов и оборудования, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне процедуры отбеливания зубов по технологии Zoom (США).

Так же я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я 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 о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

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

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____

Образец

(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства ___
(подпись)
(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства ____
(подпись)
(ф.и.о.)

Образец

Рекомендации
по уходу за зубами после процедуры отбеливания

При строгом соблюдении настоящих рекомендаций Вы сможете максимально длительно сохранить эффект отбеливания зубов и поддержать красоту своей улыбки.

После проведения процедуры профессионального отбеливания зубов в клинике в течение 2-х недель Вам необходимо:

1) Воздерживаться от курения. Курение негативно влияет на состояние тканей полости рта и результаты отбеливания.
2) Воздерживаться от приема продуктов и напитков, которые могут окрасить зубы: крепкого чая, кофе, какао, цветных газированных напитков и соков, красного вина, томатов, свеклы, кетчупа, соусов, шоколада, ягод и фруктов и т.д.
3) Исключить употребление кислых напитков и продуктов. Они провоцируют повышенную чувствительность зубов.
4) Не применять зубные пасты и ополаскиватели для полости рта, содержащие хлоргексидин, фтор. В этот период используйте пасты с кальцием или гидроксиапатитом.
5) Не принимать препараты, содержащие железо, во избежание появления темного налета на зубах.
6) **Обязательно!** строго соблюдать ежедневную гигиену полости рта:
   - Дважды в день в течение 3-х минут чистить зубы с соблюдением правильной техники (выметающими движениями щетки)
   - Использовать зубную пасту с пониженным уровнем абразивности
   - Использовать зубную щетку среднего уровня жесткости или мягкую и менять щетку по мере изнашивания, но не реже чем 1 раз в 3 месяца
   - Ежедневно использовать зубные нити (флосс) для очищения боковых поверхностей зубов
7) После проведения **процедуры профессионального** отбеливания необходимо провести ремотерапию в домашних условиях - **2 раза в день в течение 30 минут** носить индивидуальные каппы с гелем **Relief ACP - продолжительность ремотерапии - 2 недели**
8) Для поддержания результата профессионального отбеливания, при необходимости, возможно использование домашнего отбеливания, но не ранее, чем через 2 недели после проведения **процедуры в клинике.**

   Для поддержания результата профессионального отбеливания каждые 5-6 месяцев рекомендуется проводить поддерживающую процедуру в клинике.
9) При возникновении любых вопросов по уходу за полостью рта, обращайтесь к Вашему лечащему врачу.

Желаем **Вам успешного** лечения и идеальных белоснежных улыбок!

Доктор :_____ Пациент:

_____

13.10.2026

0

Образец