

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство**

**Отбеливание зубов в условиях клиники**

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь в клинику для проведения лечебных манипуляций по отбеливанию зубов (придания цвета эмали зубов более светлого оттенка).

Я выбираю следующий метод отбеливания: \_\_\_\_\_

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 возможно:

○ после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть *необходимого результата* (отбеливающий эффект будет незначительным, менее чем на один тон);

○ достигнутый результат *может очень быстро исчезнуть* (зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния);

○ повышение чувствительности зубов *в течение первых 24 часов* (появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого). Эти ощущения обычно проходят в течение 1-2 дней;

○ появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.;

○ возникновение 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. Поэтому я соглашаюсь с тем, что пломбы и реставрации после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов, придётся переделать для уменьшения цветовых различий.

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

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два или более посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до отбеливания.

Я соглашаюсь с тем, 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. Более того, при проведении отбеливания на фоне курения, появляется риск возникновения злокачественных новообразований. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я исключаю эти продукты и привычки, корректирую свой образ жизни и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я соглашаюсь с тем, что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тон. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут сохранять свою белизну в течение 6 месяцев - 5 лет.

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 1 тон.

Я обязуюсь их соблюдать **рекомендации** после процедуры отбеливания в течение всего периода проведения процедуры:

1. не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки, поскольку содержащиеся в них фруктовые кислоты и красители могут стать причиной повышенной чувствительности;
2. не употреблять, или, по крайней мере, свести к минимуму употребление кофе, чая, красного вина, газированных напитков типа «Кола», а также не курить, чтобы предотвратить вероятность появления на эмали зубов пятен;

Я не готов(а) отказаться от курения, поэтому соглашаюсь на ограничение гарантийных обязательств (сохранения эффекта осветления эмали зубов) в связи с нарушением рекомендаций в виде курения, равными 3 дня (срок гарантии и срок службы) после отбеливания.

Я соглашаюсь с тем, что для некурящих гарантийные обязательства устанавливаются равными 1 месяц (срок гарантии и срок службы) после отбеливания.

Я обязуюсь немедленно проинформировать своего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур домашнего 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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения 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.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций по отбеливанию моих зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись врача) (Фамилия ИО)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.