



**Клиника
Эффективной
Стоматологии**

**ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
Р/с 407 028 103 098 100 205 82, ИНН 5032216650
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Проведение процедуры отбеливания зубов.

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, _____

(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач- стоматолог

(Ф. И. О. лечащего врача - стоматолога)

В исключительных случаях (болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом - стоматологом, и понятна следующая информация о процедуре отбеливания зубов:

- ❖ Активным компонентом препаратов для отбеливания зубов в клинике является перекись водорода в необходимой концентрации для разных случаев. Поэтому в процессе отбеливания не наносится необратимого повреждения тканям зубов.
- ❖ При применении неверной концентрации перекиси водорода возможны осложнения: излишнее высушивание эмали, зубы становятся чувствительными, подверженными возникновению кариеса.
- ❖ В зависимости от причины изменения цвета зубов и их состояния, врач назначает индивидуальную схему и метод отбеливания зубов.
- ❖ Ультрафиолетовый свет запускает химическую реакцию, при которой разрушается окрашивающий эмаль пигмент. Он может нагреть пульпу(нерв) зуба. При длительном облучении может произойти перегрев и воспаление нерва.
- ❖ В случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие боли со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания.
- ❖ При проведении процедуры отбеливания возможно появление чувствительности зубов.

- ❖ При попадании геля на десну возникает жжение и побеление десневого края. Эти явления носят временный характер.
- ❖ В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление лёгких диспепсических явлений.
- ❖ Эффект отбеливания зубов невозможно определить точно заранее в силу индивидуальных особенностей строения эмали.
- ❖ Окончательный цвет зубов определяется через двое суток (в сложных случаях – в срок до двух недель) после завершения процедуры отбеливания.
- ❖ Реставраций (пломбы, коронки, виниры) на зубах, входящих в область отбеливания, не изменят цвет под действием отбеливающего геля, материал из которого они изготовлены, не поддаётся отбеливанию. В связи с чем, может быть рекомендована их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.
- ❖ Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей.
- ❖ Все продукты питания, напитки, лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, курение, могут вызвать быстрый возврат цвета после проведённого отбеливания зубов.
- ❖ Возможность проведения повторных курсов отбеливания подбирается врачом индивидуально.
- ❖ О возможных осложнениях после лечения, а именно: возникновение самопроизвольных болей от термических и химических раздражителей.

Мне озвучены и со мной согласованы:

- ❖ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ❖ сроки проведения лечения;
- ❖ стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ года

Подпись

Ф. И. О. полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

Подпись

Ф. И. О. врача