

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства
по отбеливанию зубов.

Я, (Ф.И.О.) _____,
обращаюсь в медицинскую фирму ООО «Поликлиника «ЮКАС» для проведения лечебных
манипуляций по отбеливанию зубов _____

Я получил подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска.

Во-первых, после проведения сеансов отбеливания можно не достигнуть необходимого результата, т.е. отбеливающий эффект будет незначительным: всего на 0,5 - 1 тон. Во-вторых, зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния. В-третьих, возможно повышение чувствительности зуба, т.е. появится болезненность при действии термических и химических раздражителей, которая обычно проходит на 2-3 день. В-четвертых, возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.

В-пятых, есть риск возникновения резорбции корня.

В-шестых, после отбеливания возникает цветовое различие 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 знаю, что пломбы и реставрации после проведения отбеливания возможно придется переделать.

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

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

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в т.ч. крепкий 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 в кабинет гигиены Медицинской фирмы ООО «Поликлиника «ЮКАС» для прохождения контрольного осмотра. Я понимаю необходимость рентгенологического обследования при проведении контрольного осмотра, чтобы своевременно выявить и предупредить возникновение возможной резорбции корня.

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. И я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно. По данным зарубежных и российских стоматологов, **отбеленные зубы могут сохранять свою белизну, в среднем, от полугода - до пяти лет.**

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я доверяю врачу-стоматологу ООО «Поликлиника «ЮКАС» и согласен (на) провести лечебные манипуляции по отбеливанию моих зубов.

Я ознакомился (ознакомлена) с данным Приложением и понимаю, что последнее влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____ Дата «__» _____ 20__ г.