**${COMPANY\_NAME}**

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Отбеливание

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем отбеливании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, ${CUSTOMER\_FULLNAME}, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог ${STAFF\_FULLNAME}.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация следующая информация о сути отбеливания зубов:

2.1 В зависимости от состояния зубов и десен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов.

2.2. Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

2.3. Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются:

- возраст до18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

2.4. Перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (т.к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

2.5. При проведении отбеливания зубов возможно проявление чувствительности зубов и воспаления десен – эти проявления носят временный характер.

2.6. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба.

2.7. При соблюдении рекомендаций врача в процессе отбеливания не наносится повреждение тканям зубов, т.к. все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты.

2.8. При нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или десен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

2.9. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.

2.10. Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

2.11. Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, курение может снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания.

2.12. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 3 лет. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливание.

2.13. Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:

- ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей;

- по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже, по показаниям);

- пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:

- невозможность предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания;

- невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов и особенностей организма.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;

- сроки проведения процедуры;

- стоимость отбеливания одного зуба и объема работ в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости и обоснует это.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях отбеливания и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к процедуре отбеливания на предложенных условиях.

|  |  |
| --- | --- |
| ${DATE} | Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ${COMPANY\_NAME} | ${CUSTOMER\_FULLNAME} |
| ${COMPANY\_ADDRESS} | ${CUSTOMER\_ID\_CARD\_NUMBER} |
| ${COMPANY\_IIK} | ${CUSTOMER\_IIN} |
| ${COMPANY\_BIN} |  |
| ${COMPANY\_BIK} |  |