

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода»
Информированное добровольное согласие на процедуру отбеливания зубов.

Я, _____
(_____._____._____ г. р., зарегистрированный (-ая) по адресу: _____),
находясь на лечении (обследовании), на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения медицинской помощи в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Белгорода даю **информированное добровольное согласие: на процедуру отбеливания зубов.**

(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения об их проведении.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(далее – врач) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Отбеливание – это косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний. Оттенок белизны и длительность эффекта отбеливания невозможно определить или гарантировать заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

Перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиену полости рта; закрыть пломбировочным материалом кариозные полости рта и открытые каналы зубов.

Врач прекращает процедуру отбеливания зубов, если у пациента появляются интенсивные, не проходящие боли зубов и дёсен в процессе отбеливания, даже при отсутствии желаемого для пациента результата вмешательства. Инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, виниры и др.) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов. Изменённые в цвете зубы с удалённым нервом не отбеливаются при нанесении отбеливающего препарата на поверхность зуба. Окончательный цвет зубов определяется через две недели после завершения процедуры отбеливания зубов.

Для сохранения полученных результатов процедуры отбеливания зубов необходимо соблюдать следующие рекомендации: ежедневное соблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта; в период проведения отбеливающей процедуры и первые две недели после процедуры отказаться от употребления красящих веществ (продуктов питания, курения и др.); регулярно (не реже 1 раза в полгода) посещать стоматолога; проводить профессиональную гигиену полости рта; пользоваться специальными отбеливающими пастами.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения данной услуги, в случае их наступления, устраняемые надлежащим образом, не являются вредом здоровью.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я предупреждён (-а) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я понимаю, что в случае наступления осложнений, после процедуры отбеливания зубов (повышение чувствительности) рекомендовано покрытие зубов фторсодержащими препаратами.

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеофиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

Разрешаю, в случае необходимости, (ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам:

(Ф. И. О.)

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мной поняты и добровольно даю своё согласие на процедуру отбеливания зубов.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Подпись

Ф. И. О. гражданина, законного представителя

Подпись

Ф. И. О. мед. работника

_____._____._____ г. Дата оформления информированного добровольного согласия.