

**Стоматологическая клиника «Альденте»**, руководствуясь основами законодательства об охране здоровья граждан РФ, законом о защите прав потребителей, современными международными нормами медицинской этики (*«Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента»*), предлагает заключить данный документ о сотрудничестве пациента и клиники:

**Информированное согласие пациента стоматологической клиники «Альденте» на медицинское вмешательство - проведение процедуры медицинского отбеливания зубов**

Данный документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящей медицинской процедуре и что я согласен (согласна) с условиями его проведения

1. Я (ФИО) \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что отбеливание зубов будет проводить

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника вправе произвести замену врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.1. Активным компонентом препаратов для отбеливания зубов в клинике является перекись водорода.

2.2. В зависимости от причины и типа дисколорита, состояния зубов пациента, врач назначает индивидуальную схему и метод отбеливания зубов.

2.3. Эффект отбеливания зубов невозможно определить точно заранее в силу медицинской специфики данной процедуры. Но, как правило, данная процедура усиливает блеск, яркость и улучшает внешний вид зубов.

2.4. Относительными противопоказаниями для проведения клинического отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода. В данных ситуациях врач может порекомендовать альтернативные виды устранения дисколорита, такие как домашнее отбеливание, реминерализующая терапия или специальные средства гигиены с отбеливающим эффектом.

2.5. Перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиеническую чистку зубов, закрыть временным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов. При внутрикоронковом отбеливании зуба необходимо перепломбировать его корневые каналы. После профессиональной гигиены необходимо покрыть отбеливаемые зубы гелем для снижения чувствительности. Перед самой процедурой отбеливания необходимо принять нестероидный противовоспалительный препарат (нурофен).

2.6. При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов, жжения и воспаление десневого края. Эти явления носят временный характер. Для ускорения снятия

негативным симптомом может использоваться гель для снижения чувствительности зубов, при этом услуга подлежит отдельной оплате.

2.7. При соблюдении рекомендаций врача, в процессе отбеливания не наносится необратимого повреждения тканей зубов, т.к. используемые отбеливающие системы и аппараты прошли серьезные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты и регистрационные документы.

2.8. В случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания. В случае незавершенности процедуры (выполнении только одного сеанса из традиционных трех), плата за процедуру с пациента не взимается.

2.9. Окончательный цвет зубов определяется не ранее двух недель после завершения процедуры отбеливания.

2.10. Наличие реставраций (пломбы, коронки, виниры) на зубах, входящих в область отбеливания является противопоказанием к проведению процедуры, так как материалы, из которых сделаны реставрации зубов, не изменяют цвет под действием отбеливающих зубных материалов, в связи с чем, может быть рекомендована их замена после окончания процедуры отбеливания зубов. В таком случае процедура может быть выполнена только в случае намерения пациента заменить имеющиеся реставрации под цвет зубов, полученный после отбеливания.

2.11. Все продукты питания, напитки, лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, курение, могут вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания зубов. В срок до 14 дней после проведенного отбеливания зубов, необходимо полностью исключить из пищевого рациона пигментосодержащие продукты, указанные в памятке пациенту после отбеливания зубов. Лекарственные препараты, которые могут оказать неблагоприятное воздействие при применении отбеливания:

<b>Общее название</b>	<b>Фирменное название</b>
Chlorthiazide	Aldoclor, Diupres, Diuril
Hydrochlorothiazide	Aldacteride, Aldoril, Capozide, Dyazide, Hydrodiuril, Lopressor, Orotic, Moduretic
Chlorthalidone	Combipres, Tenoretic, Hygroton
Naprosyn	Naproxen
Oxaprozin	Daypro
Nabumetone	Relafen
Piroxicam	Feldene
Doxycycline	Vibramycin, Doryx
Ciprofloxacin	Ciprij
Ofloxacin	Floxin
Psoralens	Methoxsalen, Trisoralen
Democlocylin	Declomycin
Norfloxacin	Chibroxin, Noroxin
Sparfloxacin	Zagan
Sulindac	Clinoril, Sulindac
Tetracyclin	Achromycin St/John'Wart

2.12. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей, в дальнейшем возможно проведение повторных курсов отбеливания.

2.13. Для поддержания эффекта отбеливания зубов необходимо ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей, по рекомендации врача проводить повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже по необходимости), пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами и проходить регулярные курсы профессиональной гигиены (в среднем каждые 6 месяцев). В случае не исполнения ограничений по курению и употреблению в пищу продуктов с интенсивными красителями необходимо проведение профессиональной гигиены в кресле врача с кратностью в 3 месяца.

2.14. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений.

2.15. Для качественного домашнего отбеливания и защиты твердых тканей отбеливаемых зубов необходимо изготовление индивидуальных капп на обе челюсти.

3. Мне сообщена и понятна информация о гарантиях, о невозможности предсказания точного результата процедуры отбеливания и невозможности определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов, клинических особенностей, привычек и образа жизни пациента.

4. Мне перечислены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания; сроки проведения процедуры; стоимость отбеливания и объема работ в целом. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости в процессе проведения лечения и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана мероприятий после проведенной процедуры, рекомендованных врачом. Все пункты плана прописаны в «Памятке пациента по отбеливанию зубов».

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- рентгеновский снимок, компьютерная томография

- консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

7. Я даю согласие на фотографирование моих зубов с целью документации внешнего вида зубов до и после процедуры, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой или проводившим процедуру отбеливания зубов врачом данных фотографий, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации о пациенте в данном случае нарушен не будет.

Мною были заданы врачу-стоматологу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью Договора между мной и клиникой. Своей подписью я заверяю, что прочел и полностью понял (а) все слова и выражения, касающиеся предложенной мне процедуры отбеливания зубов, а также все данные мне объяснения.

Я согласен (а) оплатить медицинские услуги в полном объеме.

Я принимаю решение приступить к отбеливанию зубов на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_/...../ Дата \_\_\_\_\_

Памятка пациента по отбеливанию зубов получена \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Настоящий документ оформлен

Подпись (лечащий врач) Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_