

Добровольное информированное согласие на проведение процедуры отбеливания зубов

Я, _____,

Ф.И.О. пациента

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство по поводу диагноза: К03.7 - изменения цвета твердых тканей зубов после прорезывания _____.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я подтверждаю, что врач-стоматолог/гигиенист стоматологический _____ провел(а) со мной беседу, в ходе которой я был(а) достаточно информирован(а) о предстоящей мне процедуре отбеливания зубов, её стоимости и продолжительности. Я ознакомлен(а) со всеми этапами, методами, и средствами, используемыми в процессе работы.

Я информирован(а) о том, что необходимым предварительным условием для проведения отбеливания зубов является санация полости рта. Я информирован(а) об особых обстоятельствах, влияющих на успешность процедуры:

- курение;
- неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта;
- повышенный рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты.

Я информирован(а), что стабильность результата проведенной процедуры отбеливания зубов полностью зависит от моего образа жизни, характера питания и эффективности личной гигиены полости рта и имеет временный характер. Я информирован(а) о том, что данная процедура сопровождается риском возникновения определённого дискомфорта, связанного с:

- повышением чувствительности зубов во время процедуры и на 1-2 день после;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- обострением хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, и визитов в указанные сроки.

Я информирован(а) о том, что для большей эффективности или в случае сильной болевой чувствительности зубов, процедура отбеливания зубов может проводиться в два визита, что определяется врачом-стоматологом в каждом отдельном случае. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального (данного) плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся отбеливания зубов. Будучи информированным(ой) и предупрежденным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью осознаю, что предлагаемая процедура не имеет медицинских показаний, а является косметической и проводится по моему желанию.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____ / _____ /.

Подпись врача: _____ / _____ /.