Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ

Я_____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.
Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «НИТА-ДЕНТ» (ОГРН 1146194005132), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **отбеливание зубов.**
Я получил(а) от врача _____всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели**. Отбеливание - это химический процесс окисления, при котором происходит изменение цвета эмали и дентина от темного к светлому, что позволяет придать цвету эмали зубов более светлый оттенок. Этот процесс становится возможным благодаря способности химических компонентов (перекись карбамида, перекись водорода) проникать во все части зуба, проходя через эмаль. Эти активные вещества распадаются на свободные радикалы кислорода, которые в свою очередь разрушают цветные пигменты, изменяющие цвет зубов. При этом гистологическая анатомия зуба не меняется. Отбеливание проводится по моему желанию в эстетических целях – для улучшения внешнего вида зубов, без медицинских показаний. Отбеливание не приводит к улучшению состояния здоровья зубов и/или полости рта. Мне разъяснено, что в качестве альтернативы проведению отбеливания могут быть использованы следующие методы лечения, позволяющие изменить цвет зубов: реставрация или покрытие зубов ортопедическими конструкциями.
2. **Методы, возможные варианты медицинского вмешательства**. Отбеливание выполняется с использованием специальных гелей и ультрафиолетовой лампы или лазерного излучения. В состав гелей могут входить следующие компоненты: аморфный фосфат Са, перекись водорода и/или перекись карбамида. Под действием света специальной ультрафиолетовой лампы или лазерного излучения гель нагревается, выделяет активные ионы кислорода, которые и разрушают красящие пигменты. Отбеливание, как правило, проводится в одно посещение. Однако иногда для достижения результатов может потребоваться несколько визитов продолжительностью 1-1,5 часов. При проведении отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами не должен более двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, эффективность процедуры будет значительно снижена. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания, что обусловлено пролонгированным действием отбеливающих компонентов. В зависимости от состояния зубов и дёсен врач по согласованию со мной выбирает вид и схему отбеливания зубов. Мне разъяснено и понятно, что перед проведением процедуры отбеливания рекомендуется провести профессиональную гигиену полости рта и зубов. Профессиональная гигиена полости рта и зубов проводится при наличии моего согласия за дополнительную плату. Меня предупредили, что в случае выявления повышенной чувствительности зубов до отбеливания необходимо выполнить процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания. Для активации геля во время процедуры используется источник света. Поэтому, если у меня имеются меланомы мне необходимо проконсультироваться с врачом-терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.
3. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что отбеливание является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Мне понятно, что при выполнении манипуляций в полости рта возможна индивидуальная аллергическая реакция; непереносимость компонентов гелей; повышение чувствительности зубов – появление реакции и болезненности зубов на холодное, горячее, кислое, сладкое; микротравмы слизистой оболочки полости рта; повышенный рвотный рефлекс; обострение хронических заболеваний полости рта. Я понимаю, что из-за биологических особенностей моих зубов отбеливающий эффект может быть незначительным или полностью отсутствовать; достигнутый цвет зубов может измениться через непродолжительный отрезок времени – зубы вернутся к первоначальному цвету; может появиться болезненность десен, незначительные изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия; на зубах могут появиться белые меловидные пятна - это места гиперкальцификации. Во время отбеливания они будут отбеливаться скорее. Я знаю, что в такой ситуации необходимо продолжать процедуру до тех пор, пока не осветлится вся поверхность зуба. Меня предупредили, что отбеливание не влияет на инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки, протезы и т.п.), они не меняют цвет. Из-за значительного цветового различия между собственными отбеленными зубами и пломбами (протезами, коронками и пр.) может потребоваться их замена после завершения процедуры отбеливания зубов – при наличии моего согласия, за дополнительную плату. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены

и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин и/или переломов стенок зуба. Я понимаю, что продукты, напитки (чай, кофе, газированные напитки), химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, а также табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведённого отбеливания. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Врач разъяснил мне, что для поддержания эффекта отбеливания и сохранения здоровья зубов необходимо: не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности; в течение двух недель с момента завершения последней процедуры отбеливания не употреблять кофе, чай, красное вино и иные красящие продукты (свекла, газированные напитки, леденцы), не курить и пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

1. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на составляющие гелей для отбеливания (например, на перекись водорода) и иные состояния, препятствующие проведению отбеливания. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.
2. Мне разъяснили, и я понял(а), что установление гарантийных сроков на отбеливание зубов невозможно – из-за индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки и т.п.).
3. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний (осложнений), аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.
4. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь) и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.
5. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
6. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.
7. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к процедуре отбеливания на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/

Врач:

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/