## Наша стоматологическая клиника «ООО ПрезиДЕНТ» строго руководствуется:

* *ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*
* *Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.*

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

## Информированное добровольное согласие

**на проведение медицинского вмешательства**

# Отбеливание зубов

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

1. **Я,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что отбеливание зубов будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути отбеливания зубов:
	1. Активным компонентом отбеливающих препаратов является перекись водорода.
	2. В зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов.
	3. Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.
	4. Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются:

 возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

* 1. 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. При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаления дёсен - эти явления носят временный характер.
	3. 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 или переломов стенок зуба.
	4. 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.
	5. 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, непроходящие боли зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.
	6. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.
	7. Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.
	8. Продукты, 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.
	9. 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 отбеливания.
	10. Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:
1. ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей;
2. по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже, по показаниям);
3. пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.
	1. При проведении профессиональной чистки или при лечении зубов в отдельных случаях требуется применение анестезии.

Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, затруднённое открывание рта, снижение внимания, аллергические реакции.

* 1. При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение аналгетиков или антибиотиков.

Возможные последствия приема аналгетиков и антибиотиков (в случае их назначения): аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:
2. невозможность предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания;
3. 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:
5. технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;
6. сроки проведения процедуры;
7. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом.*
8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
9. ортопантомограмма, прицельный пленочный или компьютерный снимок;
10. консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору 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 медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Примечание:

Пациент имеет право сам ознакомиться и подписать ИДС в возрасте 15 лет, до этого возраста ИДС подписывают его законные представители.

(Постановление Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», №1006 от 04.10.2012 г.).

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….