

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № 01-01/20-С-0001 ОТ 01.01.2020**  
**Информированное добровольное согласие**  
**на отбеливание зубов**

Г. Электросталь

01.01.2020

Я, \_\_\_\_\_ *Клиент Клиент Клиент*

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о процедуре профессионального отбеливания зубов системы Zoom!™ (далее по тексту Процедура).

Я информирован(а) врачом о том, что процедура является не медицинской, а косметической процедурой, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по моему желанию при отсутствии противопоказаний. Процедура заключается в высветлении цвета зубов на несколько тонов для достижения желаемого косметического эффекта, являясь при этом исключительно профилактической процедурой. Активными веществами в составе препаратов, используемых для процедуры, входят перекись водорода, или пероксид карбамида, или перборат натрия. При активации этих действующих веществ молекулы свободного кислорода и анионы перекиси водорода воздействуют на длинные темноокрашенные молекулы и разбивают их на мелкие, менее окрашенные и более светопроницаемые и светоотражающие молекулы, что и обуславливает эффект отбеливания зубов. До проведения процедуры необходимо провести санацию полости рта, замену пломб и реставраций с плохим краевым прилеганием. Не менее чем за 3 дня необходимо провести профессиональное снятие зубных отложений и профессиональную гигиену полости рта. Непосредственно перед процедурой рекомендуется принять обезболивающие препараты для более комфортного ее проведения. Сама процедура длится от часа до полутора часов. Непосредственно перед процедурой врач накладывает кофердам, изолирует мягкие ткани полости рта специальным герметиком и на поверхность зубов наносит специальный отбеливающий гель. Активация действующего вещества может происходить путем смешивания активных веществ при нанесении на зубы и усиливаться при воздействии на отбеливатель источником света ультрафиолетового света в диапазоне UVA. Хотя на выходе мощность лампы менее половины мощности ламп, используемых в обычных соляриях для загара, при этой процедуре применяются меры защиты и предосторожности. После этого зубы покрывают препаратом на основе кальция и фтора, чтобы снизить их возможную повышенную чувствительность в ближайшие часы после процедуры.

Мне врачом объяснено и понятно, что почти все являются кандидатами для процедуры. Опыт показывает, что люди с темно-желтыми и желто-коричневыми зубами как правило достигают лучших результатов в отбеливании, чем те у кого серые или сине-серые зубы. Многоцветные зубы, особенно с «тетрациклиновыми пятнами» сложнее поддаются отбеливанию. Зубы с многочисленными реставрациями, кариесами, осколками и т.д. лучше не отбеливать и лечить с использованием виниров или керамических коронок.

Я информирован(а) врачом об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление не прямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов, и, рассмотрев их, я сделал(а) свой выбор в пользу процедуры сознательно.

Мне врачом объяснено и понятно, что отбеливание зубов разделяется на два вида:

- кабинетное. Проводится в кресле врача-стоматолога;
- домашнее. Заключается в использовании специальной каппы с отбеливающим гелем по методике фирмы-производителя, изготовляемой для меня (представляемого) индивидуально.

Мне врачом объяснено и понятно, что для достижения наиболее желаемого результата отбеливания необходимо пройти оба этих этапа.

Я информирован(а) врачом, что:

- пациентам ,находящимся под фото, химио и PUVA терапией, а также с меланомами, необходимо проконсультироваться с терапевтом до процедуры;
- этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под конструкции и одномоментное изготовление временных конструкций;
- пациенты, принимающие любые светочувствительные препараты, должны проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции;
- пациентам с заболеваниями десен сначала следует посетить врача-пародонтолога, и только после консультации с ним, а возможно и после проведения назначенного им лечения, приступать к отбеливанию зубов.

Я информирован(а) врачом, что процедура противопоказана: при приеме препаратов, вызывающие светочувствительность; пациентам, находящимся под фото, химио, PUVA-терапией; лицам до 18 лет; при наличии аллергической реакции на препараты, используемые в процедуре и глицерин; беременным и кормящим женщинам; при наличии большой пульпарной полости; при значительном обнажении корней, наличии трещин и убыли эмали; при обширных реставрациях; при наличии пломб с плохим краевым прилеганием; при выраженных воспалительных явлениях в пародонте; при проведении ортодонтического лечения.

Я информирован(а) врачом, что отбеливание зубов не рекомендуется при наличии у пациента кардиостимуляторов.

Я информирован(а) врачом и соглашаюсь с тем, что:

- для достижения желаемого результата процедура может быть выполнена в одно или больше посещений. В случае проведения процедуры более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.к. эффективность процедуры будет потеряна;
- окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после процедуры;
- после процедуры в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 – 1,5 тона. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут, но не гарантировано, сохранять достигнутый цвет в течение до(от) 6 месяцев;
- при проведении процедуры 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;
- эффект процедуры невозможно определить заранее в силу специфики данной процедуры; что ни врач, проводящий процедуру, ни Исполнитель не предоставляют никаких гарантий на данную косметическую процедуру, так как эффект процедуры не является долговечным; есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью;
- отсутствие эффекта процедуры не освобождает меня от оплаты, поскольку услуга оказана в соответствии с протоколом, а отсутствие результата относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма;
- при соблюдении рекомендаций врача в процессе процедуры не наносится повреждение тканям зубов, т.к. все отбеливающие системы и аппараты для процедуры прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты;
- при нарушении рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или десен в процессе процедуры, врач прекращает процедуру даже в случае отсутствия желаемого результата;
- все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры;
- продукты питания, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, а также курение табака могут снизить эффект процедуры или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после процедуры. Длительность сохранения эффекта процедуры индивидуальна. В дальнейшем возможно проведение полных повторных процедур;
- необходимо исключить употребление: фруктов (особенно цитрусовых), фруктовых соков, газированных напитков, т.к. они могут стать причиной повышенной чувствительности зубов; строго в течение 2-х дней и в идеале в течение 2-х недель с момента окончания последней процедуры кофе, чая, красного вина, красящих продуктов. Не курить для предотвращения деградации результатов процедуры;

- процедура в основном направлена на внешнюю поверхность зубов (за исключением депульпированных каналов зубов). Однако если имеются не плотно прилегающие реставрации и гель проникает внутрь зуба, это может вызвать поражение зубного нерва. В этом случае эти реставрации должны быть заменены до отбеливания. Кариес также может позволить гелю дойти до нерва. Все кариозные полости должны быть реставрированы до отбеливания;
- при наличии пришеечной абразии, эрозии (для корней зубов в случаях рецессии десен в пришеечной области зуба появляются желобки и углубления, которые выглядят темнее, чем остальной зуб из-за отсутствия эмали в этом месте), даже если эти места не испытывают чувствительности, отбеливающий гель может потенциально проникать в зубы и поражать нервы. Эти места не подлежат отбеливанию и должны быть заполнены после окончания процедуры;
- при наличии резорбции корня (в этом состоянии корень зуба начинает растворяться либо изнутри, либо снаружи), в соответствии с проведенными исследованиями, частота случаев резорбции выше после депульпирования зуба с последующим отбеливанием;
- кариозные полости или протекающие реставрации должны быть исправлены или заменены до процедуры, домашнее отбеливание может повлиять на реставрации, делая их мягче и более восприимчивыми к окрашиванию. Поэтому я готов(а) к тому, что любые реставрации на фронтальных зубах должны быть заменены. Поскольку отбеливаются только натуральные зубы, а не реставрации, возможно понадобится заменить их, чтобы они соответствовали новому цвету зубов;
- в случае изначальной чувствительности зубов, врач по согласованию со мной может провести дополнительно оплачиваемые процедуры по снижению чувствительности. При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков или антибиотиков. Возможные последствия анестезии, приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения): аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- после процедуры возможен излишне белый цвет зубов, который может ассоциироваться с цветом искусственных зубов;
- для эффективного проведения процедуры могут понадобиться дополнительно оплачиваемые обследования: ортопантограмма; прицельный компьютерный снимок; консультация стоматолога(ов) иного профиля; консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- следующие медикаменты вызывают повышенную светочувствительность и могут оказать неблагоприятное действие при проведении процедуры: Chlorothiazide (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 (Cipri), Ofloxacin (Floxin), Psoralens (Methoxsalen, Trisoralen), Democlocylin (Declomycin), Norfloxacin (Chibroxin, Noroxin), Sparfloxacin (Zagan), Sulindac (Clinoril, Sulindac), Tetracyclin (Achromycin, St/John/Wart).

Я прочитал(а) этот список и заявляю, что я не принимаю в настоящее время какой-либо из вышеперечисленных препаратов.

(Клиент К.К.)

Я информирован(а) врачом и соглашаюсь со следующими возможными последствиями и осложнениями после процедуры:

- повышением чувствительности зубов в течение первых 48 часов после процедуры;
- временным воспалением или раздражением десен и слизистых рта, появлением болезненности в области десневого края, видимым незначительным его изменением и повреждением;
- шероховатостью, покраснением, побледнением, рецессией десны;
- неудовлетворительным результатом процедуры из-за курения, употребления напитков и продуктов питания с содержанием красителей, неудовлетворительной гигиеной полости рта;
- необходимостью коррекции цвета проведенных ранее реставраций, пломб, искусственных конструкций после процедуры, вплоть до полной их замены, чтобы они соответствовали новому цвету зубов, что повлечет дополнительные финансовые расходы.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется по плану.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использовании им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противозидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;

- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) 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 лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

(подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)