

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW

Imię i nazwisko

PESEL

Ja, niżej podpisana(-y) świadomie oświadczam, iż :

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o następujących zasadach zabiegu wybielania zębów.

- Zabieg polega na rozjaśnieniu koloru zębów oraz usunięciu przebarwień z wszystkich lub wybranych zębów
- Zabieg wybielania nie jest zabiegiem leczniczym, a ostateczny efekt jest trudny do przewidzenia i zależy od wielu czynników (takich jak skład mineralny szkliwa, śliny, diety pacjenta, przyjmowanych leków, stosowanych używek i nawyków higienicznych pacjenta)

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o wskazaniach do wybielania zębów:

- względy estetyczne
- przebarwienia spowodowane czynnikami wrodzonymi, układowymi, metabolicznymi, farmakologicznymi, urazami, fluorozą, antybiotykoterapią (z grupy tetracyklin), chorobą hemolityczną, żółtaczką, porfirią
- wybielanie martwych, ciemnych, przebarwionych zębów

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o przeciwwskazaniach do zabiegu wybielania zębów

Najistotniejszymi są :

- Wiek poniżej 18 roku życia
- Uszkodzenie mechaniczne i próchnicowe zębów
- Duża ilość wypełnień, koron, mostów lub licówek w zębach przednich
- Nadwrażliwość zębów
- Zła higiena jamy ustnej, oraz współistniejący stan zapalny dziąseł
- Alergia i nadwrażliwość na utleniacze, glicerynę i żywice poliakrylowe
- Ciąża i karmienie piersią
- Przyjmowanie silnych leków psychotropowych, przeciwpadaczkowych lub z rodziny cytostatyków
- Palenie tytoniu

Zostały mi wyczerpująco i zrozumiale przedstawione efekty i skutki (ryzyka) zabiegu wybielania zębów:

- Wybielaniu ulegają tylko zęby naturalne
- Wypełnienia, korony, mosty, licówki nie ulegają wybieleniu i konieczna może być ich wymiana w celu dostosowania barwy do zębów naturalnych po wybieleniu
- W czasie wybielania i po jego zakończeniu może wystąpić przejściowa nadwrażliwość zębów na bodźce termiczne i chemiczne
- Po zabiegu wybielania może pojawić się przejściowa tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej, dziąseł oraz gardła
- W rzadkich przypadkach może wystąpić w odległym okresie czasu przyszyjkowa resorpcja zewnętrzna zębów wybielanych
- Zęby martwe wymagają odmiennego postępowania wybielającego
- Podczas wybielania i dwa tygodnie po jego zakończeniu należy stosować dietę złożoną z niebarwiących składników żywnościowych (tzw. biała dieta – nic co jest w stanie ubrudzić białe

- ubranie - w szczególności unikać kawy, herbaty, czerwonego wina, soków i napojów o ciemnych barwach)
- Należy bezwzględnie zrezygnować z palenia tytoniu
 - Należy stosować zabiegi i preparaty zalecone przez lekarza.
 - Aby utrzymać jak najdłuższy efekt wybielenia należy wykonywać regularnie :
 - stomatologiczne badania kontrolne (co 6 miesięcy)
 - usuwać złoże nazębne
 - dbać o higienę jamy ustnej
 - minimalizować spożycie płynów i pokarmów zawierających barwniki
 - Utrzymanie efektu wybielenia zależy od diety i nawyków pacjenta

Świadoma zgoda na zabieg wybielenia zębów

Powyższe zasady przeczytałam(-em) i rozumiałam(-em), uzyskałam(-em) wszelkie wyjaśnienia dotyczące postępowania w moim przypadku, o technice zabiegu i o przebiegu proponowanego leczenia. Miałam(-em) możliwość uzyskania od lekarza dodatkowych wyjaśnień dotyczących zabiegu.

Zostałam(-em) poinformowana(-y) o alternatywnych możliwościach postępowania z zaniechaniem zabiegu wybielenia włącznie. Zostałam(-em) poinformowana(-y) o ryzykach towarzyszących innym metodom i konsekwencjach wynikających z zaniechania zabiegu.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty wybielenia nie są gwarantowane. Wybielenie jest podejmowane celem usunięcia konkretnego problemu i nie może wyeliminować innych ukrytych problemów zarówno natury zdrowotnej, jak i estetycznej. Wybielenie nie zabezpiecza przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach zęb może wymagać ponownego wybielenia lub zabiegu zachowawczo-protetycznego.

Zostałam(-em) poinformowana(-y), że od czasu rozpoczęcia i w jego trakcie mogę odwołać zgodę na zabieg będąc jednocześnie świadomą(-ym) skutków (zarówno o charakterze zdrowotnym jak i estetycznym) przerwania zabiegu.

Oświadczam, iż udzieliłam(-em) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego obecnego stanu zdrowia i o wszelkich zmianach zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego niezwłocznie. Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich ww. zaleceń lekarskich ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej, oraz zgłaszania się na wizyty kontrolne. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej, fotograficznej podczas zabiegów i w czasie wizyt kontrolnych oraz na jej przechowywanie w mojej dokumentacji medycznej.

W związku z powyższym świadomie oświadczam, że zgodnie z art. 32-35 *Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r o zawodach lekarza i lekarza dentystry* (tekst jednolity Dz.U.z 2011 Nr 277 poz.1634 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16-18 *Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. 2009 r. nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami) **wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu wybielenia zębów metodą**

.....
w gabinecie stomatologicznym .

.....
Data i czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)

.....
Podpis i pieczęć lekarza