POLAK
STOMATOLOGIA

Zgoda na zabieg wybielania zębów

Imię i nazwisko pacjenta _____ *nr* ***PESEL*** _____

Zostałem poinformowany o następujących zasadach wykonywania zabiegu wybielania zębów:

Wybielanie zębów polega na rozjaśnieniu koloru zębów oraz usunięciu przebarwień z koron wszystkich lub wybranych zębów. Ostateczny efekt wybielania jest trudny do przewidzenia, zależy od wielu czynników, a w szczególności od składu mineralnego szkliwa pacjenta, składu i lepkości śliny pacjenta, stosowanej przez pacjenta diety, przyjmowanych przez pacjenta leków, stosowanych przez pacjenta używek oraz nawyków higienicznych pacjenta.

Dostępne metody wybielania zębów:

Wybielanie nakładkowe *– w domu przez Pacjenta - polega na stosowaniu indywidualnie przygotowanych nakładek, do których aplikujemy specjalny preparat wybielający i nakładamy na zęby. Czynność tą powtarzamy kilkakrotnie, aż do uzyskania pożądanego efektu. Z kolei* ***wybielanie gabinetowe*** *ogranicza się do jednej, czasem dwóch wizyt, podczas których używany jest wysokoprocentowy preparat wybielający, którego działanie aktywowanie jest przy użyciu lampy do wybielania lub lasera diodowego. Stosujemy także metodą łączoną –* ***wybielanie domowo-gabinetowe****. Z kolei zęby martwe wymagają zastosowania odmiennej metody wybielania – tzw.* ***wybielania pojedynczego zęba od środka*** *– zabieg przeprowadza lekarz na jednej lub dwóch wizytach.*

Efekty i skutki (ryzyka) zabiegu wybielania zębów:

1. *Wybieleniu ulegają tylko zęby naturalne,*
2. *Wypełnienia, korony, licówki oraz mosty nie ulegną wybieleniu i konieczna będzie ich wymiana w celu ich dostosowania do barwy zębów naturalnych po ich wybieleniu,*
3. *W czasie wybielania i tuż po jego zakończeniu może wystąpić przejściowa nadwrażliwość zębów na bodźce termiczne i chemiczne,*
4. *Po zabiegu wybielania może pojawić się tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej i gardła,*
5. *Przebarwione zęby martwe wymagają odmiennego postępowania wybielającego,*

STOMATOLOGIA POLAK
Centrum stomatologii rodzinnej
i estetycznej

Lędziny, ul. Pokoju 92
www.stomatologiapolak.pl
e-mail: kontakt@stomatologiapolak.pl

512 999 134

6. *W czasie wybielania i 7 dni po jego zakończeniu należy stosować tzw. białą dietę złożoną z niebarwiących składników żywnościowych, a w szczególności unikać spożywania kawy, herbaty, czerwonego wina, barszczu, sosu sojowego, soków i napojów o ciemnych barwach,*
7. *Należy bezwzględnie zrezygnować z palenia tytoniu,*
8. *Należy stosować zabiegi i preparaty higieniczne zalecone przez lekarza,*
9. *Aby utrzymać jak najdłużej efekt wybielenia zębów należy wykonywać stomatologiczne badanie kontrolne nie później niż co 6 miesięcy, regularnie usuwać złogi nazębne, dbać o higienę jamy ustnej według zaleceń lekarza, zminimalizować spożycie płynów i pokarmów zawierających barwniki.*

Utrzymanie efektu wybielania zależy od diety i nawyków pacjenta.

Oświadczenie o zgodzie na zabieg

Powyższe zasady przeczytałem i zrozumiałem, uzyskałem również wszelkie wyjaśnienia dotyczące postępowania w moim przypadku, w tym o technice zabiegu i o przebiegu proponowanego leczenia. Miałem możliwość uzyskania od lekarza lub higienistki stomatologicznej dodatkowych wyjaśnień dotyczących zabiegu wybielania zębów.

Zostałem poinformowany o alternatywnych możliwościach postępowania, z zaniechaniem zabiegu wybielania włącznie. Zostałem poinformowany o ryzykach towarzyszącym innym metodom i konsekwencjach wynikających z zaniechania zabiegu.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty wybielania nie są zagwarantowane. Wybielanie jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów zarówno natury zdrowotnej, jak i estetycznej. Wybielanie nie zabezpiecza przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach ząb może wymagać ponownego wybielania lub leczenia zachowawczo-protetycznego.

Zostałem również poinformowany, że do czasu rozpoczęcia i w jego trakcie mogę odwołać zgodę na wybielanie, przy czym w zależności od chwili odwołania zgody różne mogą być dla mnie skutki przerwania zabiegu, zarówno o charakterze zdrowotnym, jak i estetycznym.

Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich ww. zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej, oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego obecnego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego niezwłocznie.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i w czasie wizyt kontrolnych oraz jej przechowywanie w mojej dokumentacji medycznej.

POLAK
STOMATOLOGIA

W związku z powyższym, oświadczam, że zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu wybielania zębów metodą:

_____

_____

_____ _____

Data, Podpis i pieczątka lekarza dentysty *Czytelny podpis pacjenta / opiekuna*