Приложение 8
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
редакция от 01.11.2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство - проведение процедур по отбеливанию зубов в ООО «Аль Денте»

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____(ФИО пациента либо законного представителя), **соглашаюсь** с тем, что медицинское вмешательство пациенту _____(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона) будет проводить врач стоматолог ООО «Аль Денте» _____

Я, как Пациент (Заказчик/Законный представитель Пациента), обращаюсь в ООО «Аль Денте» для проведения процедуры отбеливания зубов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данной процедуры.

Я понимаю указания рекомендации лечащего врача для подготовки к процедуре - пролечить все зубы, пройти курс пародонтологического лечения перед проведением отбеливания, как минимум за 7 дней.

Мне разъяснено, что эффективность отбеливания предложенным методом составляет порядка 75%. Ожидаемый эффект отбеливания 4 цветовых оттенка по шкале «ВИТА».

Врач разъяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время и после проведения манипуляций по отбеливанию, а именно: 1) Неоднородность отбеливания. Так как структура эмали зуба не однородна, существуют гипокальцифицированные области, клинически не определимые. Они будут отбеливаться быстрее, чем обычная эмаль и будут более заметны во время отбеливания. Может понадобиться дополнительный курс отбеливания. Некоторые эмалевые пятна не поддаются отбеливанию. 2) Отбеливание зубов может вызвать различие в цвете между зубами и пломбами. Зубы могут отбелиться, а пломбы и реставрации отбеливанию не подвергаются. В этом случае пломбы и реставрации могут быть заменены по эстетическим показаниям, не ранее чем через 2 недели после проведения процедур по отбеливанию (после стабилизации цвета). 3) Может появиться чувствительность на термические и химические раздражители. Необходимо сразу поставить в известность врача, пройти курс лечения, назначенный врачом.

В случае возникновения вышеперечисленных негативных последствий, о которых меня предупредил доктор, моральных и материальных претензий к врачу и медицинскому учреждению иметь не буду. Во время курса отбеливания и в течение 7-10 дней после, необходимо воздержаться от употребления продуктов, содержащих пищевые красители, а также от курения. Также врач объяснил мне, что в случае использования системы домашнего отбеливания, для достижения хорошего результата и предотвращения переотбеливания, которое может привести к повышенной чувствительности зубов, нарушению структуры эмали, необходимо строго соблюдать все указания лечащего врача и инструкцию по применению домашнего отбеливания. Я также понимаю необходимость посещения врача с периодичностью, которую он укажет, для проведения клинического контроля над процессом отбеливания. Врач объяснил мне, что для более длительного поддержания эффекта отбеливания необходимо: - ежедневное соблюдение индивидуальной гигиены полости рта (чистка зубов 2 раза в день, использование межзубных нитей); регулярно 2 раза в год посещать врача для проведения профосмотров; 2-3 раза в год проводить профессиональную гигиену полости рта.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья заполнена мной лично. Я понимаю, что несу ответственность за умышленное сокрытие пли искажение сведений о моём здоровье. Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения пли принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника Клиники, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /

---------- либо ----------

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /