

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplńska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na zabieg wybielania zębów w DC Smile Designers sp. p.

Oświadczam, że udzieliłem/-am informacji pisemnej o moim aktualnym stanie zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia **TAK / NIE**
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta – bez zmian **TAK / NIE**
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych **TAK / NIE**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Zostałem/-am poinformowany/-a, iż 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.

Zostałem/-am poinformowany/-a o:

1. Wskazaniach do wybielania zębów:

- rozjaśnienie zębów ze względów estetycznych;
- usuwanie przebarwień obecnych na zębach od momentu wyrżnięcia, a także pojawiających się z wiekiem. W różnym stopniu osiąga się sukces w przypadku przebarwień spowodowanych stosowaniem antybiotyków z grupy tetracyklin i brązowych przebarwień wywołanych fluorozą;
- wybielanie martwych, ciemnych i przebarwionych zębów;
- usuwanie przebarwień spowodowanych czynnikami wrodzonymi, układowymi, metabolicznymi, farmakologicznymi, urazami;
- fluoroza, leczenie antybiotykami z grupy tetracyklin, choroba hemolityczna noworodków, żółtaczką, porfirią;

2. Przeciwwskazaniach do wybielania zębów:

- wiek pacjenta poniżej 18 roku życia;
 - uszkodzenia mechaniczne lub próchnicowe zębów;
 - duża ilość wypełnień, koron, mostów lub licówek w zębach przednich;
 - nadwrażliwość zębów;
 - zła higiena jamy ustnej ze współistniejącym stanem zapalnym dziąseł;
 - alergia lub nadwrażliwość na utleniacze, glicerynę i żywice poliakrylowe;
 - ciąża pacjentki i karmienie piersią;
 - palenie tytoniu;
 - zaburzenia w stawach skroniowo-żuchwowych;
 - przyjmowanie silnych leków (psychotropowe, przeciwpadaczkowe, cytostatyki);
- 3. Efektach i skutkach (ryzyka) zabiegu wybielania zębów:**
- wybieleniu ulegają tylko zęby naturalne;
 - wypełnienia, korony, licówki oraz mosty nie ulegną wybieleniu i konieczna będzie ich wymiana w celu ich dostosowania do barwy zębów naturalnych po ich wybieleniu;
 - w czasie wybielania i tuż po jego zakończeniu może wystąpić przejściowa nadwrażliwość zębów na bodźce termiczne i chemiczne;
 - o zabiegu wybielania może pojawić się tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej i gardła;
 - przebarwione zęby martwe wymagają odmiennego postępowania wybielającego;

4. Zaleceniach po zabiegu wybielania zębów:

- w czasie wybielania i dwa tygodnie po jego zakończeniu należy stosować dietę złożoną z niebarwiących składników żywnościowych, a w szczególności unikać spożywania kawy, herbaty, czerwonego wina, barszczu, sosu sojowego, soków i napojów o ciemnych barwach;
- należy bezwzględnie zrezygnować z palenia tytoniu;
- należy stosować zabiegi i preparaty higieniczne zalecone przez lekarza lub higienistkę;
- aby utrzymać jak najdłuższy efekt wybielenia zębów należy wykonywać stomatologiczne badanie kontrolne nie rzadziej niż co 6 miesięcy, regularnie usuwać złogi nazębne, dbać o higienę jamy ustnej według zaleceń lekarza lub higienistki oraz zminimalizować spożycie płynów i pokarmów zawierających barwniki.

Utrzymanie efektu wybielania zależy od diety i nawyków pacjenta.

Zapoznano mnie zobowiązującym cennikiem, który jest także udostępniony na stronie internetowej www.dcsmiledesigners.pl.

Powyższe informacje przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku.

Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie.

Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg wybielania zębów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna

