

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA PESEL

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.

Wskazania do wybielania zębów:

1. Rozjaśnienie zębów ze względów estetycznych,
2. Usuwanie przebarwień obecnych na zębach od momentu wyrżnięcia lub 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,
3. Wybielanie martwych, ciemnych i przebarwionych zębów,
4. Usuwanie przebarwień spowodowanych czynnikami wrodzonymi, układowymi, chorobowymi, metabolicznymi, farmakologicznymi, urazami;

Przeciwwskazania do wybielania zębów:

1. Wiek pacjenta poniżej 18 roku życia,
2. Uszkodzenia mechaniczne lub próchnicowe zębów,
3. Duża ilość wypełnień, koron, mostów lub licówek w zębach przednich,
4. Nadwrażliwość zębów,
5. Zła higiena jamy ustnej ze współistniejącym stanem zapalnym dziąseł,
6. Alergia lub nadwrażliwość na utleniacze, glicerynę i żywice poliakrylowe,
7. Ciąża pacjentki i okres karmienia piersią,
8. Palenie tytoniu,
9. Zaburzenia w stawach skroniowo-żuchwowych,
10. Przyjmowanie silnych leków (psychotropowych, przeciwpadaczkowych, cytostatyków):

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 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, chemiczne oraz mechaniczne,
4. Po zabiegu wybielania może pojawić się tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej i gardła,
5. Przebarwione zęby martwe wymagają odmiennego postępowania wybielającego,
6. Utrzymanie efektu wybielania zależy od diety i nawyków pacjenta;
7. Po zakończonym zabiegu wybielania efekt może być niezadowalający (związany z niewystarczającym rozjaśnieniem zębów)

Ryzyko wybielania zębów martwych (wybielania wewnętrznego):

1. resorpcja;
2. nadmierne rozjaśnienie;
3. ponowne przebarwienie;
4. konieczność ponownego leczenia kanałowe zęba przed jego wybielaniem.

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 dn. 6.11.2008 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 w Centrum Stomatologii Den-Med Sp z o.o. w Zielonej Górze ul. Łużycka 17

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Powyższe zasady 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, wybielanie jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach zęby mogą wymagać dodatkowego leczenia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej dotyczącej zabiegu.

Rozumiem konieczność odbywania wizyt kontrolnych w gabinecie.

Zostałem poinformowany również o kosztach zabiegu, które akceptuję.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Podpis pacjenta