



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW

Imię i nazwisko pacjenta.....

Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszym gabinecie, uprzejmie prosimy, by każda strona niniejszej zgody została czytelnie podpisana.

Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

WYBIELANIE 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.

Wskazania do wybielania zębów:

- Rozjaśnienie zębów ze względów estetycznych,
- Usuwanie przebarwień obecnych na zębach od momentu wyrznięcia, 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, fluorozą, leczenie antybiotykami z grupy tetracyklin, choroba hemolityczna noworodków, żółtaczka, porfiria,

Najistotniejsze przeciwwskazania 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 utleniające, glicerynę i żywice poliakrylowe,
- Cięża pacjentki i karmienie piersią,
- Palenie tytoniu,
- Zaburzenia w stawach skroniowo-żuchwowych,
- Przyjmowanie silnych leków (psychotropowe, przeciwpadaczkowe, cytostatyki),

Efekty i skutki (ryzyka) zabiegu wybielania zębów

- Wybieleniu ulegają tylko zęby naturalne,
- Wypełnienia, korony, licówki oraz mosty nie ulegną wybieleniu i konieczna będzie ich wymiana w celu dostosowania do barwy zębów naturalnych po ich wybieleniu,
- W czasie wybielania i tuż po jego zakończeniu może wystąpić przejściowa nadwrażliwość zębów na bodźce termiczne, chemiczne oraz mechaniczne,
- Po zabiegu wybielania może pojawić się tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej i gardła,
- Przebarwione zęby martwe wymagają odmiennego postępowania wybielającego,
- Utrzymanie efektu wybielania zależy od diety i nawyków pacjenta.
- Po zakończonym zabiegu wybielania efekt może być niezadowalający (związany z niewystarczającym rozjaśnieniem zębów)

Ryzyko wybielania zębów martwych (wybielania wewnętrznego):

- resorpcja przyszyjkowa
- nadmierne rozjaśnienie
- ponowne przebarwienie
- przed zabiegiem wybielania może być konieczne ponowne leczenie kanałowe zęba

Wypełnia pacjent:

Ja,oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U.z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15 -19 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, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Rozumiem konieczność odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ Zostałem poinformowany o kosztach zabiegu, które nie zawierają kosztów leków, a które akceptuję i zobowiązuję się pokryć.
- ❖ 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.
- ❖ Rozumiem, że wybielanie nie zabezpiecza przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia.
W wyjątkowych sytuacjach zęb może wymagać ponownego wybielania lub leczenia zachowawczo-protetycznego.
- ❖ Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia w sposób wyczerpujący.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu, a także na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych (Facebook, Instagram, strona internetowa, etc.) lub tradycyjnych (ulotki, zdjęcia poglądowe itp.) nieodpłatnie w celach marketingowych.
Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych w postaci: zdjęcia fotograficznego/radiologicznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska.
Jestem świadomy, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia moje dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.
Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upublicznonych przed wycofaniem zgody.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwieżadłowego oraz wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.
- ❖ Zostałem poinformowany o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach leczenia.

Przeciwwskazania do wykonania znieczuleniaTAK / NIE

Jeśli istnieją, to jakie?

- ❖ Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
- ❖ Zapoznałem się i akceptuję regulamin Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego DENS, który dostępny jest na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
- ❖ Zapoznałem się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której treść znajduje się na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

Zapoznałem się i zrozumiałem informacje dotyczące procedury wybielania oraz wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentystry;

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni; data i miejscowość