

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW

Ja, imię:, nazwisko:,

Nr PESEL:

Oświadczam, co następuje:

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.

Wskazania do wybielania zębów:

- 1) Rozjaśnienie zębów ze względów estetycznych,
- 2) 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,
- 3) Wybielanie martwych, ciemnych i przebarwionych zębów,
- 4) Usuwanie przebarwień spowodowanych czynnikami wrodzonymi, układowymi, metabolicznymi, farmakologicznymi, urazami, fluoroza, leczenie antybiotykami z grupy tetracyklin, choroba hemolityczna noworodków, żółtaczka, porfiria.

Przeciwwskazania do wybielania zębów – najistotniejszymi przeciwwskazaniami do wybielania zębów są:

- 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) Cięża pacjentki i karmienie piersią,
- 8) Palenie tytoniu,
- 9) Zaburzenia w stawach skroniowo-żuchwowych,
- 10) Przyjmowanie silnych leków (psychotropowe, przeciwpadaczkowe, cytostatyki).

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,
- 6) 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,
- 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.

Oświadczenie o zgodzie na zabieg

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

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.

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.

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

Osoba udzielająca informacji i przyjmująca oświadczenie o zgodzie:

Podpis i pieczęć lekarza dentysty
lub higienistki stomatologicznej