

 БГ ЛАЙТ ООД Пловдив, бул.Васил Априлов 155 Тел. 032/644089 office@bglight.com	Писмено информирано съгласие на пациента	
		<i>Редакция 01</i>
		<i>Лист 1 от 2</i>

ДЕКЛАРАЦИЯ
за информирано съгласие на пациента относно извършването
на кабинетно избелване на зъби

Аз, долуподписаният

ЕГН.....

ЛК №.....издадена наот

Адрес: гр.ул.

Тел.

ДЕКЛАРИРАМ

Запознат съм от д-р
със състоянието на дъвкателния ми апарат, регистрирания от него цвят на зъбите ми и характера на оцветяванията по тях. Бяха ми разяснени възможностите за избелване на зъбите ми, необходимите за това диагностични и козметични мероприятия както следва:

→ Цвят на зъбите преди започване на избелващата процедура (регистриран с разцветка по VITA)

→ Фази на избелването:

- професионално почистване на външни оцветявания (клинична профилактика);
- поставяне на ретрактор за устни и изолация на меките тъкани, лицето и очите;
- нанасяне на избелващия гел;
- акцелерация на избелването (осветяване с апарат BLUEEDENT 12 BL);
- флуоризиране и полиране.

Задължително е използването на Защитни очила (осигурени от фирмата-производител БГ ЛАЙТ ООД) по време на цялата процедура на избелване.

→ Цвят на зъбите след приключане на избелващата процедура (регистриран с разцветка по VITA)

Съгласен съм при избелване на твърдите ми зъбни тъкани да бъде използвана Светодиодна избелващ апарат BLUEEDENT 12 BL. Запознат съм с описанието на процедурите които ще бъдат извършени с него.

1. Очаквани ползи:

а) очаквани подобрения след избелването – промяна в цвета на зъбите, удовлетворяваща естетическите изисквания на пациента.

2. Възможни рискове:

а) предвидими рискове и неудобства – да не се промени или в по-малка степен да се промени цвета на зъбите.

б) възможни странични ефекти – не се очакват странични ефекти, които да повлияят на общото състояние на пациентите. Може да се очаква повишена чувствителност на зъбите, гинигвално дразнение – обикновено отшумява до 24 часа.

в) противопоказания - Апаратът не трябва да се използва при бременни и майки кърмачки, онкологично болни, пациенти с тежка парадонтална патология, с рецесии,

зъбни хиперестезии и на възраст под 17 години. Апаратът може да бъде използван само след лекарска консултация върху или от лица с имплантиран сърдечен пейсмейкър; лица страдащи от фотобиологични реакции; лица, приемащи фоточувствителни медикаменти; лица, оперирани от катаракта, лица с ретинални заболявания лица с алергии; лица с много чувствителна кожа или дерматит и др.

При неспазване протокола на избелване може да се получи болка, свръхчувствителност, нарушаване на емайла, изгаряне на меките тъкани.

Разбирам, че след процедурата на избелване, от мен ще се изисква да се въздържам от консумация на хромогенни вещества (т.е. доматиен сос, кафе, всички тютюневи продукти) в продължение на 48 часа.

При подписването на това информирано съгласие аз заявявам, че съм прочел това информирано съгласие и напълно го разбирам, както и възможните рискове, усложнения и ползи, които могат да възникнат от извършването на кабинетно избелване на зъбите.

След като се запознах подробно с дадената ми от д-р информация, давам съгласието си за провеждане на следните процедури:

- професионално почистване на външни оцветявания (клинична профилактика);
- поставяне на ретрактор за устни и изолация на меките тъкани, лицето и очите;
- нанасяне на избелващия гел;
- акцелерация на избелването (осветяване) с апарата BLUEDENT 12 BL;
- флуоризиране и полиране.

Дата

Декларатор (пациент):
/подпис/