**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Центр Стоматологии «Формула Улыбки»**

153000, Россия, Ивановская обл., Иваново, ул. Степанова, д.15

ИНН 3702746733, КПП 370201001, ОГРН 1143702030174

Лицензия № ЛО-37-01-001377 от 30.07.2019 года.

**Информированное добровольное согласие на проведение процедуры отбеливание зубов**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящей процедуре и согласен(а) на проведение процедуры гигиены отбеливания зубов с названными мне условиями ее проведения, а именно о нижеследующем: Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о процедуре отбеливания зубов. Мне разъяснено, что отбеливание зубов – косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний. Отбеливание зубов имеет своей целью достижение максимального результата осветления зубов за один или несколько сеансов.

Я понимаю цель и суть данной процедуры. Врач оценил состояние моего здоровья в целях исключения противопоказаний, а так же возможности применения альтернативных методов.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один/два или больше посещений, в зависимости от индивидуальных особенностей организма, в т.ч. строения тканей зубов. Меня проинформировали, о том что, в случае проведения отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель.

При не соблюдении этого срока, эффективность процедуры будет снижена, вплоть до потери.  
 Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован. Для достижения благоприятного результата врачом может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Врач разъяснил мне, что отбеливание зубов, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения:

* Отбеливание зубов может вызвать временное раздражение или воспаление десен, которое проходит в течение нескольких дней;
* В течении первых 24 часов после отбеливания, чувствительность зубов может быть повышена. Эти ощущения обычно проходят в период от 1 до 7 дней;
* В предупрежден(а), что после процедуры отбеливания, возможно понадобится коррекция цвета существующих косметических реставраций (пломб), искусственных зубов и коронок, вплоть до полной их замены, т.к. искусственные материалы отбеливанию не поддаются;
* Учитывая, что для отбеливания зубов, используется источник света (как дополнительный активатор действия отбеливающего препарата), о возможности применения данного метода необходимо проконсультироваться с врачом- терапевтом общей практики в случаях: наличия меланом, проведения фото- или химио- процедур, приеме светочувствительных препаратов.
* После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества.

Я понимаю необходимость контроля и поддержания достигнутого качества проведённой процедуры. Для этой цели необходимо выполнять все назначения врача, в т.ч. соблюдать кратность и периодичность контрольных и профилактических осмотров.

Я имел(а) возможность задавать все, интересующие меня, вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на проведение процедуры отбеливания зубов мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я **принимаю решение осуществить процедуру отбеливания зубов** на предложенных мне условиях.

Подпись пациента............................................................ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача.................................................................. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.