



ООО «Академия-ВИП Стоматология» 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 57 тел./факс +7 (831) 439-77-77, +7 (831) 270-00-00, ИНН 5260131438, КПП 526001001, 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д.57 р/с 40702810442050004569 в Волго-Вятском банке ПАО Сбербанк г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603 E-mail: info@academy-vip.com, сайт: www.academy-vip.com

Утверждено приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Лицензия № Л041-011-64-52/00575019 от 24.04.2014

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство/диагностику/лечение  
в ООО «Академия VIP стоматология»**

**Отбеливание зубов**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1.Я,

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий

по

адресу:

\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении (если ребенок - вписывает ребенок)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают

информированное добровольное согласие при выборе врача в ООО «Академия ВИП стоматология».

Медицинским работником

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Медицинским работником

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Медицинским работником

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Медицинским работником

---

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

**2. Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.**

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути отбеливания зубов:**

2.1 Активным компонентом отбеливающих препаратов является перекись водорода или перекись карбамида.

2.2 Врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания в зависимости от состояния зубов и десен пациента

2.3 Абсолютным противопоказанием для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода, повышенная чувствительность зубов, патологическая стираемость зубов тяжелой степени, множественные трещины эмали. Для домашних видов отбеливания зубов противопоказаниями являются: хронические заболевания полости рта и красной каймы губ, заболевания десен, оголение корней зубов, множественные кариозные полости, бруксизм (чрезмерное сжатие зубов).

2.4 Перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (т. к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

2.5 При проведении отбеливания зубов возможно:

- появление чувствительности зубов и воспаления десен. Эти явления носят временный характер.
- в случае отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин или переломов стенок зуба.

2.6 В процессе отбеливания, при соблюдении рекомендаций врача не повреждаются ткани зубов, т. к. все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты..

2.7 При нарушении пациентом схемы отбеливания возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а так же в случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие жалобы со стороны зубов или десен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

2.8 Окончательный цвет зубов определяется через две недели после завершения процедуры отбеливания

2.9 Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются. Поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

2.10 Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, а так же табакокурение, могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания.

2.11 Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и в среднем от 1 года до 3 лет. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.

2.12 Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:

- ограничить курение, употребление интенсивных пищевых красителей,
- по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже по показаниям),
- пользоваться специальными отбеливающими пастами.

2.13 при проведении профессиональной чистки или при лечении зубов в отдельных случаях требуется применении анестезии.

Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, затрудненное открывание рта, снижение внимания, аллергические реакции.

2.14 При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в деснах возможно назначение анальгетиков или антибиотиков.

Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.15. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.16. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

**3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**4. Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

**5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

**6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):**

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога (ов) иного

профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача (ей) общего медицинского
- профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами получения медицинской помощи в ООО «Академия ВИП стоматология» и обязуюсь их соблюдать;

- Я информирован (а) в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной предоставленному) делать во время их проведения. Я информирован (а) о возможных вариантах лечения, рисках и возможных осложнениях;

- Я извещен (-а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение смогут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я согласен (-на) получать помощь в полном объеме которая превышает объем стандарта медицинской помощи, либо в меньшем объеме чем предусмотрен стандартом – в зависимости от клинической рекомендации поясненной в доступной форме мне врачом.

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и процедуру в предложенном объеме;

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5](#) части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

**Срок предоставления медицинской помощи определяется по согласованию с врачом в зависимости от клинической ситуации.**

\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)