

ZGODA PACJENTA NA WYBIELANIE ZĘBÓW

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. WYBIELANIE ZĘBÓW:

Wybielanie nakładkowe – wykonywane w domu przez pacjenta – polega na stosowaniu indywidualnie przygotowanych nakładek, do których aplikujemy specjalny preparat wybielający i nakładamy na zęby. Czynność tę powtarzamy kilkakrotnie (najczęściej 10 do 14 razy), aż do uzyskania pożądanego efektu. **Wybielanie gabinetowe** – ogranicza się do jednej, czasem dwóch wizyt, podczas których używany jest wysokoprocentowy preparat wybielający, którego działanie aktywowanie jest przy użyciu lampy do wybielania lub lasera diodowego. Stosujemy także metodą łączoną – **wybielanie domowo-gabinetowe**, która polega na połączeniu tych 2 wyżej opisanych metod. Zęby martwe wymagają zastosowania odmiennej metody wybielania – tzw. **wybielania pojedynczego zęba od środka** – zabieg przeprowadza lekarz na jednej lub dwóch wizytach. Wybielaniu ulegają tylko zęby naturalne. Wypełnienia, korony, licówki i inne uzupełnienia, w tym uzupełnienia protetyczne, nie wybielają się – celem dostosowania ich koloru do barwy wybielonych zębów konieczna może okazać się ich wymiana. W trakcie zabiegu jak i do 7 dni po wybielaniu może wystąpić przejściowa wrażliwość zębów na bodźce termiczne i chemiczne, a także tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej. W przypadku wybielania pojedynczego zęba od środka może wystąpić ryzyko resorpcji korzenia zęba (rozpuszczenie korzenia, którego skutkiem w rzadkich przypadkach może być ekstrakcja – usunięcie zęba). Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas zabiegu.

Przeciwwskazania do świadczenia wybielania (nie dotyczy wybielania pojedynczego zęba od środka):

- wiek pacjenta poniżej 18 roku życia,
- uszkodzenia mechaniczne lub próchnicowe zębów,
- duża ilość wypełnień, koron, mostów lub licówek w zębach przednich,
- nadwrażliwość zębów,
- nieprawidłowa higiena jamy ustnej ze współistniejącym stanem zapalnym dziąseł,
- ciąża i karmienie piersią,
- palenie tytoniu.

2. ZNIECZULENIE:

Ww. zabieg wybielania pojedynczego zęba od środka może być wykonany w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta – **polega ono na** podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć należy:** wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. **Powikłania rzadkie to:** omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna.

3. BADANIE RTG/CBCT:

W trakcie wykonywania zabiegu wybielania pojedynczego zęba od środka może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by

zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

Dodatkowe uwagi:

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia;
 - c) o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/a z całym przebiegiem zabiegu;
 - d) o konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich pozabiegowych, w tym o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej;
 - e) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w trakcie wybielania oraz 7 dni po zakończeniu wybielania obowiązuje stosowanie tzw. „białej diety” – tzn. należy wykluczyć spożycie płynów i pokarmów o intensywnych barwnikach – np. herbata, kawa, buraki, marchew, czerwone wino etc. oraz bezwzględny zakaz palenia
 - ostateczny efekt wybielania jest trudny do przewidzenia i zależy od wielu czynników takich jak m.in. skład mineralny szkliwa pacjenta, higiena jamy ustnej, stosowana dieta – negatywny wpływ na efekt może spowodować w szczególności spożywanie dużej ilości kawy, herbaty, czerwonego wina, palenie tytoniu, zażywane leki;
 - trwałość efektów wykonanego zabiegu wybielania uzależniona jest od stosowania się przez pacjenta do otrzymanych zaleceń oraz trybu życia, w tym stosowanej diety i higieny jamy ustnej, a także częstotliwości wykonywanych zabiegów profilaktycznych;
 - pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza lub/i higienistkę, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
 - f) o możliwości przerwania lub zaniechania zabiegu i jego konsekwencjach;
 - g) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie zabiegu wybielania a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
 - h) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - i) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. zabiegu;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. zabiegu oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. zabiegu nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na wykonanie ww. zabiegu;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

wybielanie zębów metodą:

znieczulenie

badanie RTG/CBCT

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY ZABIEGU:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność zostanie uiszczona po wykonaniu zabiegu wybielania.
- 3) OŚWIADCZENIA PACJENTA: Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:
 1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
 2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;
 3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu wykonywanego zabiegu, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów zabiegu (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
 4. mam świadomość, że powodzenie wykonanego zabiegu i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne.

.....

(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNienie Tajemnicy Lekarskiej.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....

(data, podpis pacjenta)