

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

Аз, долуподписаният .....  
ЕГН.....  
ЛК №..... издадена на .....от .....  
Адрес: гр. ....ул. ....  
Тел. ....

**ДЕКЛАРИРАМ**

Запознат съм от д-р .....  
със състоянието на дъвкательния 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;
- акселерация на избелването (осветяване с апарат BLUEEDENT 12BL);
- флуоризиране и полиране.

Задължително е използването на Защитни очила (осигурени от фирмата-производител БГ ЛАЙТ ПРО 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 12BL. 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 – при използване на апарата в съответствие с Инструкциите за експлоатация, 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; пациенти с тежка парадонтална патология, с рецесии, зъбни хиперестезии и на възраст под 18 години; пациенти с алергии, рани и инфекции, пресни белези по лицето, кожни инфекции, наскоро поставени зъбни импланти или хирургически процедури в устната кухина и лицето, фибрални състояния, херпес, кървене, натъртвания, изгаряния, онкологични заболявания или показания за такива по лицето и устната кухина, атипични брадавици в зоната на облъчване, трудно зарастващи рани; пациенти, приемащи болкоуспокояващи лекарства, които притъпяват чувствителността на кожата към топлина; лица под въздействието на алкохол или упойващи вещества.

- 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; хора, които наскоро са претърпели козметични операции на лицето или устните, включително инжекции с хиалуронова киселина или ботокс; лица с много чувствителна кожа или дерматит и др. Ако се приемат фотосенсибилизиращи средства или медикаменти, да се провери листовката на лекарството и никога да не се прилага избелване, ако е посочено, че може да предизвика фотоалергични реакции, ако след приемане на това лекарство се изисква да избягвате излагането на слънце.

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 въздържа 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;
- акселерация на избелването (осветяване) с апарата за фотоактивиране BLUE DENT 12BL;
- флуоризиране и полиране.

Дата .....

Декларатор (пациент): .....  
/подпис/