VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ORDINAČNÍ BĚLENÍ ZUBŮ

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Přínosem výkonu je změna barevné estetiky chrupu pomocí 40% peroxidu vodíku - gel Opalescence BOOST s preparátem PF (dusičnan draselný a fluorid).

Rizika výkonu:

- Nedocílení požadovaného barevného efektu nebo naopak zesílení efektu léčby ve smyslu neočekávaného zesvětlení barvy zubů.
- Přechodná či trvalá zvýšená citlivost zubů.
- Nelze očekávat efekt na již zhotovené výplně a protetické práce v dutině ústní (korunky, můstky).
- Poleptání měkkých tkání dutiny ústní, kůže či rohovky oka.
- Potřísnění oděvu s následnou trvalou změnou barevného odstínu části oděvu.
- Neprokázalo se, že by ordinační bělení zubů mělo vliv na zeslabení zubní skloviny.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou zůstává domácí bělení za pomocí 10% a 16% peroxidu vodíku aplikovaného do individuálně zhotovených nosičů nebo za pomocí 6% peroxidu vodíku v předplněných nosičích. Použití bělících zubních past či airflow (pískování pískovačem s odstraněním pigmentací). Všechny tyto metody však mají nižší výsledný efekt.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Na sliznice a dáseň v okolí zubů se nanese tenká vrstva tekutého kofferdamu (tekutá ochranná blána) dále OpalDam Green (pryskyřičná ochranná bariéra pro izolaci tkání), zároveň je použit Ultradent IsoBlock (chránič jazyka) a samonosné plastové rozvěrače tváří. Poté se nanese gel Opalescence BOOST.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Krátce po bělení je vhodné se vyvarovat konzumací kyselých potravin a koncentrovaných nápojů ke snížení rizika zvýšené citlivosti zubů. Dále je vhodné se po výkonu vyvarovat se požití kávy, čaje a červeného vína a také kouření.

Dosažený barevný výsledek léčby má pouze dočasný charakter.

Další potřebná léčba:

Žádná

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka