

טופס הסכמה להבהרת שיניים חיות

Bleaching of vital Teeth

הבהרת שיניים, הינה טיפול קוסמטי שגורם לשיניים להראות בהירות יותר. ניתן להשתמש במשחות שיניים מבהירות אך אלו מסירות כתמים מעל פני השן בלבד.

הטיפול המרפאתי מבוצע בפגישה אחת ע"י רופא השיניים כשפעילות החומר הכימי מזורזת באמצעות מקור אנרגיה, כמו: אור נראה, אור כחול, קרן לייזר. לצורך שיפור תוצאת ההבהרה המרפאתית, נדרש המשך טיפול בבית המתבצע ע"י המתרפא במשך כשבועיים עד כחמישה שבועות עפ"י הנחיות הרופא המטפל.

המתרפא/ה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____			
שם משפחה	שם פרטי		

על הבהרת שיניים תחתונות / עליונות / 2 הלסתות (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי, שתוצאת הטיפול הינה אישית ותלויה במבנה השיניים שלי. אצל כל אדם, גוון השיניים המקורי אינו אחיד בכל קשת השיניים, ובכל שן בפני עצמה. לכן, תתכן בסיום הטיפול, שונות בגוון של השיניים השונות. כמו כן, **שחזורים (סתומות), כתרים וגשרים קיימים לא ישנו** את צבעם בעקבות הטיפול. ניתן להחליף שחזורים וכתרים בתום הטיפול על מנת, לשוות לשיניים מראה הרמוני אך, החלפות אלה אינן חלק מהטיפול להבהרת שיניים. כמו כן הוסבר לי, כי במשך הזמן בתהליך טבעי, השיניים חוזרות ומשנות את צבען. על מנת לשמר את ההבהרה שהושגה, יש צורך לחזור על פעולת ההבהרה אחת למספר חודשים או עפ"י המלצת הרופא המטפל.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: רגישות חולפת בשיניים וגירוי בחניכיים למשך מספר ימים. כן הוסבר לי ואני מבין/ה כי במידה וידרשו מספר טיפולים, קיימת חשיבות להתמדה בטיפול, על מנת להשיג את התוצאה הרצויה, וברור לי כי הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם לא אתמיד בטיפול.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה / לאפוטרופוס של המתרפא/ה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רישיון

* מחקי את המיותר

