

טופס הסכמה להלבנת שיניים Bleaching of Teeth

הלבנת שיניים הינה תהליך שגורם לשיניים להראות בהירות יותר. ניתן להשתמש במשחות שיניים מלבינות אך אלו מסירות כתמים מעל פני השן בלבד. בטיפול אצל רופא השיניים נעשה שימוש בחומרים מלבינים שהשפעתם כימית, המשנים במידה מסוימת את הגוון הבסיסי של השן. הטיפול הינו קוסמטי בלבד.

שם 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 הלבנת שיניים תחתונות / עליונות / 2 הלסתות (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי שתוצאות הטיפול הינן אישיות ותלויות במבנה השיניים שלי, וכן, ששיחזורים (סתימות) וכתמים קיימים, לא ישנו את צבעם בעקבות הטיפול. ניתן להחליף שחזורים וכתמים בתום הטיפול על מנת להשוותם לשיניים שהולבנו, אך החלפות אלה אינן חלק מהטיפול להלבנת שיניים. כמו כן הוסבר לי שלעיתים יש לחזור מספר פעמים על תהליך ההלבנה על מנת להשיג את התוצאה הרצויה.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: רגישות חולפת בשיניים וגירוי בחניכיים. כן הוסבר לי ואני מבינה 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 וא/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה.

אני נותנת 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 רשיון
------------	-------	------------

* מחקי את המיותר