



טופס הסכמה להבהרת שיניים חיות

Bleaching of vital Teeth

הבהרת שיניים הינה תהליך 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 מזרזת באמצעות מקור אנרגיה, כמו אור נראה, אור כחול, קרן לייזר. לצורך שיפור תוצאת ההבהרה המרפאתית, נדרש טיפול בבית המתבצע ע"י המתרפא במשך כשבועיים עד כחמישה שבועות עפ"י הנחיית הרופא המטפל.

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 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 השיניים השונות. כמו כן, **שחזורים (סתימות), כתמים וגשרים קיימים לא ישנו את צבעם בעקבות הטיפול**. ניתן להחליף שחזורים וכתמים 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.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: רגישות חולפת בשיניים וגירוי בחניכיים במשך 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* / למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם המתרגם /קרבה למתרפא/ה: _____



מספר רישיון

חתימה

שם הרופא/ה

2018