

## 牙齒美白（漂白）之討論與知情同意

患者姓名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

診斷：\_\_\_\_\_

治療：\_\_\_\_\_

### 需考慮之事實

#### 必需患者草簽

\_\_\_\_\_ 我理解，黃色和棕色的色斑通常比灰色或藍色的色斑更容易泛白。治療停止後，有些色斑會複現。可能需要重複治療。由於使用四環黴素或氟斑（牙齒珐瑯質變色）而出現多種顏色、環狀或斑點的牙齒，不會變白並可能需要多次治療或根本不會變白。

\_\_\_\_\_ 我理解，含有很多填料的牙齒可能不會泛白，通常最好用其他非美白備選方案來治療。

\_\_\_\_\_ 我理解，美白治療只能泛白自然牙齒結構，不能泛白牙冠、貼片、複合材料或其他修復材料。

\_\_\_\_\_ 我理解，專業的牙科診所牙齒美白療程可能需要多次診所訪視。大多數美白治療將促使牙齒泛白比色板上的一到兩種色調。

\_\_\_\_\_ 我理解，如果我選擇參加居家美白計劃，有一些我必須遵守的特定指示。\_\_\_\_\_ 醫師已向我提供這些說明，我理解在使用這些產品時的責任。

#### 美白的益處，不限於以下內容：

\_\_\_\_\_ 我理解，參加美白治療可以泛白我的牙齒顏色，給我一個更燦爛的微笑。

#### 美白的風險，不限於以下內容：

\_\_\_\_\_ 我理解，牙齒美白是不可預測的，牙齒美白也不能保證。

\_\_\_\_\_ 我理解，牙齒美白可能會導致牙齒變得敏感。如果出現敏感性並持續一段時間，我會通知  
\_\_\_\_\_ 醫師。

\_\_\_\_\_ 我理解，口腔中的牙齦及/或軟組織可能暴露於美白程序中使用的各種物質，這些物質可能引起過敏反應或炎症。這也可能是由於這些組織的小範圍無意暴露於美白凝膠或紫外線。  
如果發生這種情況，我會聯絡 \_\_\_\_\_ 醫師。

\_\_\_\_\_ 我理解，不可能把具體的時間框架強加於美白牙齒的泛白外觀將保持泛白色調的時間長度。這些時間段可能因我的習慣（例如，每天喝咖啡、吸煙）和情況或遺傳因素（可能是內部的、外部的或二者）造成的情況而變化。

\_\_\_\_\_ 我理解，長時間接觸美白產品會磨損牙齒珐瑯質。另外，任何現有的敏感性、退縮，暴露的牙本質或引起敏感性或允許美白產品滲入牙齒的其它牙齒狀況可能需要額外的治療。

\_\_\_\_\_ 我理解，專業施用美白產品可能導致我的口腔長時間保持開啟狀態。如果我的頷骨感到疼痛，我會立即通知醫師。另外，我的嘴唇可能出現乾裂。這可以透過塗抹潤唇膏、凡士林或維他命 E 霜來治療。

不採取治療的後果，不限於以下情況：

\_\_\_\_\_ 我理解，如果我不參與美白程序，我的牙齒顏色將保持不變或繼續變色。

牙齒美白的備選方案，不限於以下內容：

\_\_\_\_\_ 我理解，根據我的牙齒變白的原因，備選方案可能存在，包括但不限於粘合、牙冠和貼片。我已詢問牙醫有關它們及其各自的費用。

討論的備選方案： \_\_\_\_\_

沒有人向我擔保或保證，所提議的治療能治愈或改善上述病情。

**核取以下適用於您的方塊：**

**同意**

我已透過口頭和本表格提供的資訊，獲知提議治療的風險與益處。

我已透過口頭和本表格提供的資訊，獲知備選治療以及選擇不治療我的病情的重大風險和益處。

我證明，我已閱讀並理解上述資訊，我理解所引用的說明，我的問題已得到回答，並在必要空白處填寫了相關內容。我授權並指示 \_\_\_\_\_ 醫師根據具體情況採取必要且可取的操作。

我同意接受上述治療。

儘管治療可能由我的醫療及/或牙科保險承保，但我仍接受此治療的任何經濟責任並授權治療。

**或**

**拒絕**

我拒絕同意上述提議治療，並理解與此拒絕相關的潛在後果。

\_\_\_\_\_  
患者或患者代表

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
見證人簽名

\_\_\_\_\_  
日期

我證明，我已與 \_\_\_\_\_（患者或患者代表）討論了上述治療的風險、益處、後果和備選方案，並有機會提出問題。我相信，他們理解已解釋的情況並且同意或拒絕上述治療。

\_\_\_\_\_  
牙醫簽名

\_\_\_\_\_  
日期