

Thảo luận và Thông báo Đồng ý đối với làm trắng răng (Tẩy trắng)

Tên bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chẩn đoán: _____

Điều trị: _____

Sự kiện cần xem xét

Bệnh nhân cần ký tên

_____ Tôi hiểu rằng những vết bẩn màu vàng và nâu thường sáng hơn vết bẩn màu xám hoặc màu xanh lam. Một số vết bẩn xuất hiện trở lại sau khi ngưng điều trị. Cần phải tái điều trị. Răng có nhiều màu sắc, dải hoặc vết do sử dụng tetracycline hoặc fluorosis (sự đổi màu của men răng) không dễ làm trắng và có thể cần nhiều phương pháp điều trị hoặc có thể không thể tẩy trắng được.

_____ Tôi hiểu rằng răng với nhiều chất trám có thể không sáng và thường được điều trị tốt nhất với các lựa chọn thay thế khác không tẩy trắng.

_____ Tôi hiểu rằng phương pháp tẩy trắng răng chỉ làm sáng cấu trúc răng tự nhiên và không thể làm sáng được mão răng, veneer, composite hoặc các chất liệu phục hồi khác.

_____ Tôi hiểu rằng việc làm trắng răng chuyên nghiệp tại văn phòng có thể phải đi tới văn phòng nhiều lần. Hầu hết các phương pháp trị liệu tẩy trắng răng sẽ làm răng sáng hơn từ một đến hai độ trên bảng hướng dẫn độ bóng của răng.

_____ Nếu tôi chọn tham gia chương trình làm trắng răng tại nhà, tôi hiểu rằng có những hướng dẫn cụ thể mà tôi phải tuân theo. Bác sĩ _____ đã hướng dẫn cho tôi và tôi hiểu về trách nhiệm của tôi khi sử dụng các sản phẩm này.

Lợi ích của làm trắng răng, không giới hạn đối với những điều sau đây:

_____ Tôi hiểu rằng việc tham gia vào các phương pháp trị liệu tẩy trắng răng có thể làm sáng răng của tôi, cho tôi một nụ cười của một hàm răng trắng hơn.

Rủi ro của làm trắng răng, không giới hạn đối với những điều sau đây:

_____ Tôi hiểu rằng việc làm trắng răng là không thể đoán trước và không có gì đảm bảo rằng làm trắng răng sẽ đạt kết quả.

_____ Tôi hiểu rằng việc làm trắng răng có thể khiến răng trở nên nhạy cảm. Nếu sự nhạy cảm xảy ra và tồn tại trong khoảng thời gian nào đó, tôi sẽ thông báo cho Bác sĩ _____.

_____ Tôi hiểu rằng nướu và / hoặc mô mềm trong miệng tôi có thể bị tiếp xúc với các chất khác nhau được sử dụng trong các thủ tục tẩy trắng răng, có thể gây dị ứng hoặc viêm. Điều này cũng có thể là do sự phơi nhiễm không chú ý của một vùng nhỏ các mô đó với gel làm trắng hoặc tia cực tím. Nếu điều này xảy ra, tôi sẽ liên lạc với Bác sĩ.

_____ Tôi hiểu rằng không thể đặt một khung thời gian cụ thể về thời gian hiện diện của răng được làm trắng. Những khoảng thời gian này có thể khác nhau tùy thuộc vào các điều kiện do thói quen của tôi (ví dụ như uống cà phê, hút thuốc lá hàng ngày) và hoàn cảnh hoặc di truyền học, có thể là nội bộ, bên ngoài hoặc cả hai.

_____ Tôi hiểu rằng tiếp xúc kéo dài với các sản phẩm tẩy trắng răng có thể làm hỏng men răng. Ngoài ra, độ nhạy cảm, co nướu, lộ chân răng hoặc các điều kiện nha khoa khác gây ra sự nhạy cảm hoặc giúp cho sản phẩm làm trắng răng thâm nhập vào răng có thể cần được điều trị bổ sung.

_____ Tôi hiểu rằng việc sử dụng các sản phẩm làm trắng răng chuyên nghiệp có thể dẫn đến việc miệng tôi mở ra trong một khoảng thời gian dài. Nếu hàm của tôi bị đau, tôi sẽ thông báo cho Bác sỹ _____ ngay. Ngoài ra, môi của tôi có thể trở nên khô hoặc nứt. Điều này có thể được điều trị bằng cách sử dụng son dưỡng môi, dầu môi hoặc kem vitamin E.

Hậu quả nếu không được điều trị, không giới hạn đối với những điều sau đây:

_____ Tôi hiểu rằng nếu tôi không tham gia quy trình làm trắng răng, màu răng của tôi sẽ vẫn như cũ hoặc tiếp tục xỉn màu hơn.

Các lựa chọn thay thế cho làm trắng răng, không giới hạn đối với những điều sau đây:

_____ Tôi hiểu rằng tùy thuộc vào lý do tôi làm trắng răng, các lựa chọn thay thế có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, cầu nối, mão răng và veneer. Tôi đã hỏi nha sĩ của tôi về những lựa chọn đó và các chi phí tương ứng.

Các lựa chọn thay thế khác đã thảo luận: _____

_____ Không có bảo đảm hay đảm bảo nào cho tôi bởi bất cứ ai rằng việc điều trị được đề nghị sẽ chữa khỏi hoặc cải thiện các tình trạng được liệt kê ở trên.

Chọn các hộp dưới đây áp dụng cho bạn:

Đồng ý

- Tôi đã được thông báo, cả bằng miệng và bằng thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này, về các rủi ro và lợi ích của việc điều trị được đề nghị.
- Tôi đã được thông báo, cả bằng lời nói và thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này, về các rủi ro và lợi ích thiết yếu của việc điều trị thay thế và lựa chọn không điều trị bệnh của tôi.
- Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các thông tin trên đây cùng những giải thích được đề cập rằng các câu hỏi của tôi đã được trả lời và các khoảng trống cần điền thông tin hoặc hoàn thành đã được điền đầy đủ. Tôi ủy quyền và chỉ đạo Bác sĩ _____ làm những việc xét thấy cần thiết trong các trường hợp cụ thể.
- Tôi đồng ý thực hiện cách điều trị nói trên.
- Trong khi việc điều trị có thể được bảo hiểm y tế và / hoặc bảo hiểm nha khoa của tôi chi trả, tôi chấp nhận mọi trách nhiệm tài chính đối với việc điều trị này và cho phép điều trị.

Hoặc

Từ chối

- Tôi từ chối (các) điều trị được đề nghị như được mô tả ở trên và hiểu các hậu quả tiềm ẩn liên quan đến việc từ chối này.

Bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân

Ngày

Chữ ký nhân chứng

Ngày

Tôi xác nhận rằng tôi đã thảo luận về các rủi ro, lợi ích, hậu quả và các lựa chọn thay thế của việc điều trị trên với _____ (Bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân) và họ đã có cơ hội đặt câu hỏi. Tôi tin rằng họ hiểu những gì đã được giải thích và đồng ý hoặc từ chối điều trị đã nêu ở trên.

Chữ ký Nha sĩ

Ngày