



טופס הסכמה להבהרת שיניים חיות - Bleaching of vital Teeth

הבהרת שיניים הינה תהליך קוסמטי שגורם שיניים 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 תוצאות ההבהרה המרפאתית, נדרשת טיפול בביט המתבצע ע"י המתרפא במשך כשבועיים עד כחמישה שבועות ע"י הנחיית הרופא המטפל.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם האב _____

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

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

הוסבר לי שתוצאות 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), כתרים וגשרים קיימים לא שנו את צבעם בעקבות הטיפול. ניתן החליף 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, לשמור את ההבהרה שהושגה, יש צורך לחזור על פעולת ההברה אחת למספר חודשים או עפ"י המלצת הרופא המטפל.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: רגישות חולפת בשיניים וגירוי בחניכיים במשך מספר ימים.

כן הוסבר לי ואני מבינה/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.

ברור 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 העיקרי.

תאריך _____ חתימת המתרפא/ה _____

במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש

שם האפוטרופוס _____ חתימת האפוטרופוס _____

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה / לאפוטרופוס של המתרפא/ה / למתרגם / לשתפו/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 : _____



סביון מדיקל סנטר - ד"ר אריאל סביון

מרכז להשתלות שיניים בלייזר ומיקרוסקופ

SAVION MEDICAL CENTER

Laser • Microscope • Dental Implants

savion-c.co.il 🌐 054-6477468 📞

savion.clinic@gmail.com @ 077-204672 🖨️

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רישיון _____