



Głogowscy s.c.

Gabinet:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/
Centrum Medyczne Roksolana i Piotr
Głogowscy
NIP: 7922312450
Paderewskiego 4
37-500 Jarosław, Polska

Pacjent:

Brak Danych
PESEL brak danych
zzz 00
00-000 xxx

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. nr 136 poz. 857 z późn. zm.) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 r. nr 52 poz. 417 z późn. zm.) ja,

Brak Danych

PESEL: **brak danych**

wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu **wybielania zębów metodą laserową** w gabinecie:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/ Centrum Medyczne Roksolana i Piotr Głogowscy
Paderewskiego 4
37-500 Jarosław

przez w dniu **07/04/2026**.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia.

Zobowiązuję się poinformować lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia mogących mieć wpływ na przebieg leczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje stanowią dane poufne objęte tajemnicą medyczną.

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że wybielanie zębów polega na rozjaśnieniu koloru zębów oraz usunięciu przebarwień z koron wszystkich lub wybranych zębów.

Wybielanie wykonywane jest metodą **laserowego wybielania zębów**, polegającą na zastosowaniu preparatu wybielającego aktywowanego światłem lasera.

Standardowa procedura wybielania obejmuje **dwa spotkania w odstępie około jednego tygodnia**.

Warunkiem przeprowadzenia zabiegu jest wcześniejsze wykonanie **profesjonalnej higienizacji jamy ustnej w gabinecie**, obejmującej usunięcie kamienia nazębnego, osadów oraz płytki nazębnej.

Brak profesjonalnego oczyszczenia zębów może negatywnie wpłynąć na efekt wybielania.

Ostateczny efekt wybielania jest **indywidualny i trudny do przewidzenia**. Zależy on m.in. od:

- składu mineralnego szkliwa,
- składu i lepkości śliny,
- stosowanej diety,

- przyjmowanych leków,
- stosowanych używek,
- nawyków higienicznych pacjenta.

WSKAZANIA DO WYBIELANIA ZĘBÓW

- rozjaśnienie zębów ze względów estetycznych,
- usuwanie przebarwień obecnych od momentu wyrżnięcia zębów lub powstałych z wiekiem,
- wybielanie zębów martwych, ciemnych i przebarwionych,
- usuwanie przebarwień spowodowanych czynnikami wrodzonymi, metabolicznymi, farmakologicznymi lub pourazowymi.

PRZECIWWSKAZANIA DO WYBIELANIA ZĘBÓW

- wiek poniżej 18 roku życia,
- uszkodzenia próchnicowe lub mechaniczne zębów,
- duża liczba wypełnień, koron, mostów lub licówek w zębach przednich,
- nadwrażliwość zębów,
- zła higiena jamy ustnej i stany zapalne dziąseł,
- alergia na składniki preparatu wybielającego,
- ciąża i karmienie piersią,
- palenie tytoniu,
- zaburzenia w stawach skroniowo-żuchwowych,
- przyjmowanie niektórych leków (np. psychotropowych, przeciwpadaczkowych, cytostatyków).

EFEKTY I RYZYKO ZABIEGU

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że:

- wybieleniu ulegają wyłącznie **zęby naturalne**,
- wypełnienia, korony, mosty, licówki oraz inne materiały protetyczne **nie ulegają wybieleniu**,
- po wybielaniu może wystąpić różnica koloru pomiędzy zębami naturalnymi a istniejącymi uzupełnieniami protetycznymi.

Zostałem(-am) również poinformowany(-a), że **zęby leczone kanałowo (martwe) mogą reagować na wybielanie w inny sposób niż zęby żywe**, w związku z czym po zabiegu może wystąpić **znaczna różnica koloru pomiędzy zębami żywymi a zębami leczonymi endodontycznie**.

W takich przypadkach może być konieczne zastosowanie innych metod postępowania estetycznego, takich jak:

- wybielanie zębów martwych metodą wewnętrzną,
- odbudowa kompozytowa,
- wykonanie licówek lub koron protetycznych.

W czasie wybielania lub bezpośrednio po jego zakończeniu może wystąpić:

- przejściowa **nadwrażliwość zębów**,
- dyskomfort przy spożywaniu zimnych lub gorących pokarmów,
- podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej.

Objawy te mają zazwyczaj charakter przejściowy i najczęściej utrzymują się **około 24-48 godzin**.

W przypadku wystąpienia nadwrażliwości zalecany jest **zabieg laserowego znoszenia nadwrażliwości zębów**.

ZALECENIA PO ZABIEGU

Podczas wybielania oraz przez około **2 tygodnie po zabiegu** należy stosować tzw. „**białą dietę**”, polegającą na unikaniu produktów barwiących, takich jak:

- kawa,
- herbata,
- czerwone wino,
- barszcz,
- sos sojowy,
- kolorowe napoje i soki.

W tym okresie należy również **zrezygnować z palenia tytoniu**.

Zaleca się stosowanie:

- past wybielających,
- płynów do płukania jamy ustnej przeznaczonych do stosowania po wybielaniu.

UTRZYMANIE EFEKTU WYBIELANIA

Utrzymanie efektu wybielania zależy od diety, higieny jamy ustnej oraz nawyków pacjenta.

W celu utrzymania efektu wybielania zaleca się:

- wizyty kontrolne u **lekarza stomatologa oraz higienistki stomatologicznej co najmniej raz na 6 miesięcy**,
- regularne usuwanie złogów nazębnych (kamienia i osadów),
- utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej zgodnie z zaleceniami lekarza lub higienistki,
- wykonanie **nakładek wybielających**,
- przeprowadzanie **odświeżającego wybielania metodą nakładkową około raz w roku**.

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Oświadczam, że powyższe informacje przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) oraz uzyskałem(-am) wszelkie wyjaśnienia dotyczące planowanego zabiegu.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o alternatywnych możliwościach leczenia, w tym o możliwości zaniechania leczenia.

Rozumiem, że jak w przypadku wszystkich procedur medycznych **pozytywny efekt leczenia nie może być zagwarantowany**.

Mam świadomość, że mogę w każdej chwili **odwołać zgodę na leczenie**.

Data:

2026/04/07

Podpis pacjenta:

Brak Danych

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna