

ใบยินยอมฟอกสีฟัน

ใบยินยอมและการคัดกรองสำหรับการฟอกสีฟันแบบเคลื่อนไหวด้วยเจลเพอร์ออกไซด์หรือเจลที่ไม่มีเพอร์ออกไซด์ที่ใช้แสง LED ในชาลอนและสปา

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดบริการ

ระบบฟอกสี *

☐ เจลไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์หรือคาร์บาไมด์เพอร์ออกไซด์พร้อมแสง LED ☐ เจลที่ไม่มีเพอร์ออกไซด์พร้อมแสง LED

☐ ชุดฟอกสีแบบใช้ที่บ้าน

สีฟันปัจจุบัน (ก้นตแพทย์จัดบันทึก) *

☐ สว่าง

☐ ปานกลาง

☐ เข้ม / เหลืองออกแดง

☐ เทา / ดำงสีเทา (จากยาเทตราไซคลีน)

คุณเคยฟอกสีฟันมาก่อนหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ คุณเคยมีความไว อาการหรือระคายเคืองเหงือกหรือไม่?

การคัดกรองด้านทันตกรรมและสุขภาพ

คุณมีงูฏ เวเนียร์ การบ่มแบบยึด หรืออุดวัสดุบนพื้นด้านหน้าของคุณหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีฟันคุดที่ยังไม่ได้รักษา ฟันแตกร้าว รากฟันเปิดออก หรือโรคเหงือกหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณสวมเครื่องฟันอยู่หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีฟันหรือเหงือกที่ไว ต่อการระคายเคืองหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณแพ้เพอร์ออกไซด์ PVC หรือพลาสติกหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรอยู่หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณกำลังรับประทานยาที่ไวแสงหรือมีภาวะไวต่อแสง (เช่น ลูปีส อพยพที่เกิดจากแสง)? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณเคยได้รับการผ่าตัดทันตกรรมหรือถอนฟันในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

ผลข้างเคียงที่เป็นไปได้:

- ฟันไวต่อความร้อนและความเย็น เป็นเวลา 24–72 ชั่วโมง (เกิดขึ้นบ่อยครั้ง)
- ระคายเคืองเหงือกหรือฝ้าสีขาวชั่วคราว บนเหงือกในทันทีที่เจลสัมผัส
- ผลลัพธ์ที่ไม่สม่ำเสมอ — มงกุฎ เวเนียร์ อุดวัสดุ และพอลิเมอร์ไม่เปลี่ยนสี; ต่างสีเทาหรือเทตราโซคลินตอบสนองได้ไม่ดี
- ฝ้าหรือริ้วชั่วคราว ที่เรียบเนียนขึ้นในอีกไม่กี่วันข้างหน้า
- ระคายเคืองริมฝีปากหรือแก้ม จากตัวยึดหรือแสง
- ผลลัพธ์แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสีเริ่มต้น อาหาร และนิสัย; ผลลัพธ์นั้นรอบในช่วงไม่กี่เดือนถึงหนึ่งปีและต้องสัมผัสใหม่

นี่คือบริการความงาม ไม่ใช่การรักษาทันตกรรม หลีกเลี่ยงกาแฟ ชา ไวน์แดง บุหรี่ และอาหารสีส้นในช่วง 24–48 ชั่วโมงหลังจากฟอกสี

ฉันเข้าใจว่าการฟอกสีเป็นบริการความงามและไม่ใช่วิธีทางเลือกแทนการดูแลฟัน ว่างานทันตกรรมที่มีอยู่จะไม่เปลี่ยนสี และระดับการฟอกสีและความนานนั้นแตกต่างกันไป และไม่ได้รับประกัน

ฉันเข้าใจว่านี่คือบริการความงาม และผลลัพธ์อาจแตกต่างกันไป: _____

ฉันยืนยันว่าฉันไม่มีปัญหาด้านทันตกรรมที่ยังไม่ได้รับการรักษา เครื่องฟัน หรือภาวะที่ทำให้การฟอกสีไม่ปลอดภัย และว่าฉันได้ตอบคำถามการคัดกรองอย่างตรงจริง

ฉันได้เปิดเผยประวัติทันตกรรมและสุขภาพของฉัน: _____

บันทึกการบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	สีก่อน	ผลิตภัณฑ์ / เซสชัน / เวลา	สีหลัง / หมายเหตุ
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				

	วันที่	สีก่อน	ผลิตภัณฑ์ / เซสชัน / เวลา	สีหลัง / หมายเหตุ
รายการ 5				
รายการ 6				

ใบยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมอย่างสมัครใจให้ทำการพอกสีฟันแบบเคลือบไหม้ ฉันได้รับแจ้งเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ ซึ่งรวมถึงความไว ระคายเคืองเหงือก ผลลัพธ์ที่ไม่สม่ำเสมอ และการดูแลหลังการรักษา ฉันเข้าใจว่าไม่มีการรับประกันผลใด ๆ
ฉันปล่อยให้ผู้ให้บริการและการออกแบบจากความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับบริการนี้ ยกเว้นในกรณีของการเลินเล่อ

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมอย่างรู้ปัญหา

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้างต้น และยินยอมให้บริการ: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รองเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แพลตฟอร์มใช้ได้ก็ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน

ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ