

# 牙齿美白同意书

在沙龙和水疗中心使用LED激活的过氧化物或非过氧化物凝胶进行美容牙齿美白的同意和筛查

## 客户信息

名字 \*

姓氏 \*

电子邮件地址 \*

电话号码 \*

出生日期 \*

MM / DD / YYYY

## 服务详情

美白系统 \*

☐ 过氧化氢/卡巴过氧化物凝胶配LED ☐ 非过氧化物凝胶配LED ☐ 居家美白套装

当前牙齿色度（由执业者记录） \*

☐ 浅色 ☐ 中等 ☐ 深色/黄色

☐ 灰色/四环素型着色

您以前做过牙齿美白吗？ \*

☐ 是 ☐ 否

如果是，您是否有敏感症状或牙龈刺激？

## 牙科及健康筛查

您的前牙上是否有牙冠、贴面、粘合或补牙？ \*

☐ 是 ☐ 否

您是否有未处理的蛀牙、裂牙、暴露牙根或牙龈疾病？ \*

☐ 是 ☐ 否

您目前是否戴着牙套？ \*

☐ 是 ☐ 否

您是否有敏感的牙齿或牙龈？ \*

☐ 是 ☐ 否

您是否对过氧化物、聚氯乙烯或塑料过敏？ \*

☐ 是 ☐ 否

您是否怀孕或正在哺乳？ \*

☐ 是 ☐ 否

您是否服用感光性药物或患有光敏感疾病（例如狼疮、光诱发的癫痫）？ \*

☐ 是 ☐ 否

您在过去2周内是否进行过牙科手术或拔牙？ \*

☐ 是 ☐ 否

当前服用的药物

## 风险和并发症

可能的副作用：

- 牙齿对冷热敏感24-72小时（常见）
- 牙龈刺激或牙龈上有临时白色斑块，出现凝胶接触的位置
- 效果不均匀 — 牙冠、贴面、补牙和粘合体不会改变颜色；灰色或四环素型着色反应不佳
- 临时斑点或条纹，数天内会均匀
- 嘴唇或脸颊刺激来自牙龈挡板或光线
- 效果各不相同，取决于初始色度、饮食和习惯；效果持续数月至一年，需要进行补修

这是一项美容服务，不是牙科治疗。美白后24-48小时内避免咖啡、茶、红葡萄酒、烟草和彩色食物。

我理解美白是一项美容服务，不是牙科护理的替代品，现有的牙科工作不会改变颜色，美白程度和持续时间因人而异，不保证结果。

我了解这是一项美容服务且  
效果因人而异：

我确认我没有未处理的牙科问题、牙套或使美白不安全的疾病，且我如实回答了筛查问题。

我已披露我的牙科和  
健康历史：

## 服务记录

仅供办公室使用

|      | 日期 | 美白前色度 | 产品/疗程/时间 | 美白后色度/备注 |
|------|----|-------|----------|----------|
| 条目 1 |    |       |          |          |
| 条目 2 |    |       |          |          |
| 条目 3 |    |       |          |          |
| 条目 4 |    |       |          |          |
| 条目 5 |    |       |          |          |
| 条目 6 |    |       |          |          |

## 同意与签名

我自愿同意进行美容牙齿美白。我已被告知可能的副作用，包括敏感、牙龈刺激和效果不均匀，以及术后护理。我了解没有做过结果保证。我免除提供者和诊所与本服务相关的责任，但不包括疏忽情况。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息，  
同意接受本服务：

签名

日期

打印姓名

日期 \*

MM / DD / YYYY

### 本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。