

ڈاکٹر فیضان عبدالحسین لاکھڑی

دانتوں کی بلیچنگ / وائٹننگ کا رضامندی فارم (سرجن کی کاپی)

سیریل نمبر:	تاریخ:	شناختی کارڈ / ایم آر نمبر:
ہسپتال / کلینک:	مریض کا نام:	عمر:
جنس:	پتہ:	رابطہ نمبر:
طبی خطرات کی تفصیلات:		

اہم حدود (Important Limitations)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ بلیچنگ بنیادی طور پر دانتوں کی قدرتی ساخت پر اثر کرتی ہے۔ یہ پہلے سے موجود فلنگز، کراؤنز، وینیئرز، برجز، ڈینچرز، یا دیگر مصنوعی بحالیوں کو سفید نہیں کرتی۔ اگر رنگت میں فرق آتا ہے تو بلیچنگ کے بعد ان بحالیوں کو تبدیل کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ گہرے داغ، فلوروسس (fluorosis)، ٹیٹراسائیکلین کے داغ، پرانی رنگت، روٹ، کینال والے دانت، یا ناہموار رنگت مکمل طور پر بہتر نہیں ہو سکتی اور انہیں اضافی علاج جیسے پالشنگ، وینیئرز، کراؤنز، کمپوزٹ ریسٹوریشنز، یا دوبارہ بلیچنگ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

رضامندی کا بیان (Consent Statement)

مجھے مطلع کیا گیا ہے کہ دانتوں کی بلیچنگ / وائٹننگ ایک کاسمیٹک دندان سازی کا طریقہ کار ہے جو قدرتی دانتوں کی رنگت کو ہلکا کرنے کے لیے استعمال ہوتا ہے۔ اس طریقہ کار، متوقع فوائد، حدود، متبادل، لاگت، اور ممکنہ پیچیدگیوں کے بارے میں مجھے آسان الفاظ میں سمجھا دیا گیا ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ حتمی رنگت کا نتیجہ ہر شخص میں مختلف ہوتا ہے اور اس کا انحصار دانتوں کے اصل رنگ، داغ کی قسم، دانتوں کی عمر، اینیمل کی حالت، زبانی عادات، خوراک، سگریٹ نوشی، اور مریض کی پابندی پر ہوتا ہے۔

مریض کی ذمہ داری (Patient Responsibility)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے ڈینٹسٹ کی ہدایات پر احتیاط سے عمل کرنا چاہیے، بشمول بلیچنگ جیل، ٹریز کا درست استعمال، اپائنٹمنٹ کا شیڈول، زبانی حفظان صحت کا مشورہ، اور خوراک کی پابندیاں۔

مجھے مشورہ دیا گیا ہے کہ علاج کے دوران اور بعد میں، جیسا کہ ڈینٹسٹ نے ہدایت کی ہے، داغ پیدا کرنے والی اشیاء جیسے چائے، کافی، تمباکو، پان، گٹکا، رنگین مشروبات، اور گہرے رنگت والے کھانوں سے پرہیز کروں یا انہیں کم کروں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں ہدایات پر عمل نہیں کرتا/کرتی، بلیچنگ مواد کا زیادہ استعمال کرتا/کرتی ہوں، اپائنٹمنٹس چھوڑتا/چھوڑتی ہوں، یا داغدار کرنے والی عادات کو جاری رکھتا/رکھتی ہوں، تو نتیجہ خراب، ناہموار، عارضی، یا غیر متوقع ہو سکتا ہے۔

ممکنہ خطرات اور پیچیدگیاں (Possible Risks and Complications)

- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ممکنہ خطرات میں شامل ہو سکتے ہیں:
- دانتوں کی عارضی یا طویل مدتی حساسیت
 - مسوڑھوں میں جلن، چبھن کا احساس، السر، یا درد
 - ناہموار سفیدی یا سفید دھبوں کا زیادہ نمایاں ہونا
 - وقت کے ساتھ رنگت کا دوبارہ خراب ہونا یا گہرا ہونا
 - رنگت میں غیر اطمینان بخش بہتری
 - ٹوٹے ہوئے دانتوں، کھلی جڑوں، کیویٹیز، رستی ہوئی فلنگز، یا مسوڑھوں کے پیچھے ہٹنے کی صورت میں حساسیت میں اضافہ
 - بلیچنگ سے پہلے یا بعد میں دانتوں کے اضافی علاج کی ضرورت
 - ہدایات پر صحیح طرح عمل نہ کرنے کی صورت میں ناکامی یا خراب نتیجہ

مریض کا اقرار نامہ (Patient Declaration)

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ طریقہ کار، فوائد، خطرات، حدود، متبادل، لاگت، اور مریض کی ذمہ داریاں مجھے سمجھا دی گئی ہیں۔ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع دیا گیا، اور میرے سوالات کے تسلی بخش جوابات دیے گئے ہیں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ حتمی رنگت، سفیدی کے دورانیے، آرام، یا طویل مدتی نتیجے کے حوالے سے کوئی ضمانت نہیں دی گئی ہے۔ میں دانتوں کی بلیچنگ / وائٹننگ کے علاج کی منصوبہ بندی کے مطابق رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

مریض / سرپرست کے دستخط

مریض / سرپرست کا نام

گواہ کا نام اور دستخط

ڈاکٹر کا نام اور دستخط