



**เอกสารยินยอมรับการใส่เฝือกสบฟัน (Occlusal Splint)
หรือเครื่องมือกันกระแทกฟัน (Mouth Guard)
โรงพยาบาลทันตกรรม**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
ในฐานะเป็น ผู้ป่วย HN
 ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยชื่อ.....
ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

1. ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้ทันตแพทย์และพนักงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมีส่วนร่วมในการดูแลข้าพเจ้า
ซึ่งข้าพเจ้าได้รับคำอธิบาย ทราบถึงอาการ ความเจ็บป่วย ของข้าพเจ้า คือ

โรคข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว นอนกัดฟัน ใส่สิ่งกันกระแทกฟันเพื่อเล่นกีฬา

2. ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้มีการดำเนินการรักษาด้วยวิธีการตามที่ได้วางแผนสำหรับข้าพเจ้า คือ

ให้คำแนะนำการดูแลและบริหารขากรรไกร การใส่ยา เฝือกสบฟันแข็ง เฝือกสบฟันนิ่ม

กายภาพบำบัด

การฉีดยาที่จุดทริกเกอร์ การฝังเข็ม จิตพฤติกรรมบำบัด (CBT)

3. ข้าพเจ้าทราบรายละเอียดการรักษารวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษา ได้แก่

1. การสบฟันเปลี่ยนเล็กน้อย 2. เจ็บตึงฟัน 3. น้ำลายออกมากชั่วคราว

และผลที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา ได้แก่

1. ปวดขากรรไกรเรื้อรัง 2. ฟันสึกหรือแตกมาก 3. ข้อต่อขากรรไกรเสื่อม

(หากมีข้อชี้แจงเพิ่มเติม ระบุ))

4. หลังจากการใส่เฝือกสบฟัน ข้าพเจ้าควรรับการติดตามการรักษาตามการนัดหมายของทันตแพทย์อย่างต่อเนื่อง

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

ข้าพเจ้ารับทราบ และยอมรับค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยมีค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการหรือเครื่องมือ
..... ราคา บาท

(ตัวอักษร)บาท

ซึ่งอิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ฉบับปรับปรุงล่าสุด

6. ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้ทันตแพทย์และพนักงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแล
ข้าพเจ้าสามารถกระทำการรักษา/หัตถการเพิ่มเติมด้วยเหตุผล ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย/รักษาดังกล่าว
เช่น การตรวจวินิจฉัยรังสีวิทยา การส่งตรวจเลือดหรือการแพทย์หรืออื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าว ไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

ลงชื่อ
(.....)

พยาน

วันที่เวลา

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย