



เอกสารยินยอมรับการรักษาด้วยการฝังรากเทียม (Surgical part) โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN.....

ได้ตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาด้วยการฝังรากเทียม จำนวน.....ซี่ ได้แก่

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบถึงแผนการรักษาและข้อมูลดังนี้

1. ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียทางเลือกต่าง ๆ และแผนการในการรักษา ผลแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้ข้าพเจ้ารับทราบ ทันตแพทย์จะให้การรักษาตามหลักวิชาการเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดกับข้าพเจ้า
2. การฝังรากเทียมเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งของการใส่ฟันทดแทนฟันธรรมชาติ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการอื่น ๆ ได้
3. รากเทียมจำเป็นต้องอยู่ในตำแหน่งกระดูกและเนื้อเยื่อที่ดี อาจมีความจำเป็นต้องมีหัตถการอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อเสริมสร้างประมาณกระดูกและเนื้อเยื่อทั้งก่อน, ระหว่าง และหลังการทำรากเทียม
4. หัตถการอื่น ๆ นอกเหนือจากการฝังรากเทียม ได้แก่ การปลุกกระดูก การปลุกเนื้อเยื่อ การยกพื้นโพรงอากาศแมกซิลลา ฯลฯ อาจมีผลแทรกซ้อนภายหลังทำหัตถการ และภายหลังการฝังรากเทียม เช่น
 - การอักเสบ บวม เลือดออกหลังผ่าตัด
 - การติดเชื้อหลังผ่าตัด
 - ความล้มเหลวในการปลุกกระดูกเนื้อเยื่อ
 - การติดเชื้อโพรงอากาศข้างแก้ม
 - อาการชาขากรรไกรล่างชั่วคราว (2 สัปดาห์ – 6 เดือน) ถาวร (มากกว่า 12 เดือน)
 - เนื้อเยื่อตายบางส่วน
 - รากเทียมไม่เชื่อมติดกับกระดูก
 - การเกิดอันตรายต่อฟันข้างเคียง หรือภัยอันตรายต่ออวัยวะอื่น ๆ ข้างเคียง

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบข้อมูลจาก
ทันตแพทย์.....ในการฝังรากเทียม
รวมถึงซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจกับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาตลอดจนความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นใน
การฝังรากเทียมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว กรณีเกิดความเสียดังกล่าว ท่านจะได้รับการรักษาทันที

จากคำกล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอและตกลงยินยอมที่จะรับการรักษา

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