## เอกสารยินยอมการรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี HN.....
ในกรณีที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรม กรุณาระบุข้อความดังนี้

ผู้ปกครองของ (ด.ช./ด.ญ.).....อายุ.....ปี
ระบุความสัมพันธ์.....ได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันกับทางโรงพยาบาลทันตกรรมและได้เข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งก่อน, ระหว่าง และหลังการรักษาทาง ทันตกรรมจัดฟันแล้ว

**ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา (ตัวบรรจง)**.....

1. **ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา**

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เป็นกระบวนการแก้ไขการสบฟันผิดปกติ ซึ่งเป็นการรักษาต่อเนื่อง ปัจจัยจากผู้ป่วยมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาอย่างเคร่งครัด และผู้ป่วยสมควรพบทันตแพทย์จัดฟันอย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง

2. **ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้**

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ ฟันตาย ภาวะรากฟันละลาย โรคปริทันต์ ปวดข้อต่อขากรรไกร การกลืนเครื่องมือ ความเสี่ยงเหล่านี้อาจเกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นบางข้อ

3. **ผลที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน**

การสบฟันผิดปกติมิใช่ภาวะของโรค ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีปัญหาการสบฟัน

4. **ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ**

5. **การขอยุติการรักษา**

ผู้ป่วยสามารถขอยุติการรักษาภายใต้การรับทราบของทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

6. **การดูแลภายหลังการรักษา**

ฟันที่ได้รับการจัดเรียงตัวใหม่ มีแนวโน้มที่จะกลับสู่ตำแหน่งเดิม ผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่เครื่องคงสภาพฟัน เพื่อป้องกันการคืนสู่ตำแหน่งเดิมตามที่ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาแนะนำอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเครื่องมือดังกล่าวเป็นระยะ ๆ

7. **รายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยรายนี้**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้า หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ได้รับทราบข้อมูล รวมถึงซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจกับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

จากคำกล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอและตกลงยินยอมที่จะรับการรักษา

ลงชื่อ .....
(.....)
ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ .....
(.....)
ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ .....
(.....)
พยาน

ลงชื่อ .....
(.....)
พยาน

วันที่ .....เวลา .....

**หมายเหตุ** 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ

2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย