



เอกสารยินยอมรับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น (ครอบและสะพานฟัน)
กรณี Case Full Mouth Rehabilitation โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN

ได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น ซึ่ง จำนวน ซึ่ง
โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น ดังนี้

1. ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษามีได้อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียทางเลือกต่าง ๆ และแผนการในการรักษา ผลแทรกซ้อนต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการรักษาให้ข้าพเจ้ารับทราบ ทันตแพทย์จะให้การรักษาตามหลักวิชาการเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดกับข้าพเจ้า
2. ข้าพเจ้าได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกแผนการรักษา สอบถามข้อดี ข้อด้อย ของแต่ละแผนการรักษา เพื่อประกอบการตัดสินใจ รวมถึงรับทราบค่าใช้จ่ายตามแผนการรักษาโดยประมาณที่ได้เลือกไว้
3. ข้าพเจ้าได้รับทราบลำดับขั้นตอนรวมถึงระยะเวลาการรักษาอย่างคร่าว ๆ
4. เนื่องจากงานบูรณะฟันทั้งปากเป็นงานที่ซับซ้อนและอาจต้องเกี่ยวข้องกับการรักษาจากทันตแพทย์สาขาวิชาอื่นก่อนที่จะรับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่นดังนั้นระยะเวลาการรักษาและค่าใช้จ่ายจึงไม่สามารถกำหนดได้อย่างแน่นอน
5. ในการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น บางกรณีต้องมีการเพิ่มความสูงของการสบฟันผู้ป่วยจำเป็นต้องทำตามแผนการรักษาโดยบางครั้งอาจใส่เครื่องมือชนิดทันตกรรมประดิษฐ์ถอดได้ที่อาจขัดขวางต่อการรับประทาน การออกเสียง รวมถึงความสวยงาม ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาปรับตัวในช่วงแรก
6. การประเมินเบื้องต้นเป็นการวางแผนอย่างคร่าว ๆ เมื่อให้การรักษาไปอาจต้องมีการเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาบางอย่าง ทันตแพทย์จะทำการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนการเปลี่ยนแปลงการรักษา
7. ในการให้การรักษาในแต่ละขั้นตอนต้องได้รับการประเมินการใช้งานของเครื่องมือที่ทันตแพทย์นำมารักษา ทำให้ในแต่ละขั้นตอนต้องใช้เวลา ผู้ป่วยควรมีเวลามารับการรักษาตามที่ทันตแพทย์นัด
8. เมื่อการรักษาเสร็จสมบูรณ์ผู้ป่วยต้องทำตามคำแนะนำและกลับมาตรวจตามระยะเวลาที่ทันตแพทย์นัดหมาย
9. ค่าใช้จ่ายในการรักษา
10. อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด
11. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น และได้สอบถาม
ทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว

ข้าพเจ้าได้ซักถามและได้รับคำตอบเกี่ยวกับขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย

ดังที่กล่าวมา และยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา

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