



เอกสารยินยอมรับการซ่อมฟันเทียมถอดได้ โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN

ได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยต้องการซ่อมฟันเทียมถอดได้ฐานอะคริลิก/ฟันเทียมถอดได้โครงโลหะ
ดังรายละเอียด (เช่น ตำแหน่ง ลักษณะการแตกหัก)

โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลทางทันตกรรม และแผนการรักษา ดังนี้

1. ข้อเท็จจริงเพื่อพิจารณา

การซ่อมฟันเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมได้อีกระยะหนึ่ง หรือใช้ได้ชั่วคราวในระหว่าง
รอทำฟันเทียมใหม่ โดยใช้อะคริลิกเรซิน เพื่อซ่อมส่วนที่ร้าว/แตกหักของฐานฟันเทียม การซ่อม/เติมซี่ฟันเทียม
การซ่อมหรือเติมตะขอหลอดดูด รวมถึงการเสริมฐานฟันเทียม เป็นต้น

2. ประโยชน์ของการรักษา

- 2.1 เพื่อสามารถใช้ฟันเทียมได้อีกระยะหนึ่ง
- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้
- 2.3 เพื่อความสวยงาม

3. ความเสี่ยงของการรักษา

3.1 กรณีที่ส่วนแตกหักไม่สามารถต่อได้สนิท หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับตะขอฟันเทียม การซ่อมแซม
อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนไปจากเดิมได้

3.2 กรณีฟันเทียมสภาพไม่ดี เช่น ฐานอะคริลิกเรซินเดิมบางมาก ฟันเทียมผ่านการใช้งานจนมี
ความเสื่อมสภาพของวัสดุมาก่อน มีการสบฟันที่ไม่มีเสถียรภาพ หรือแม้กระทั่งฟันธรรมชาติที่เกี่ยวข้อง
มีสภาพไม่เหมาะสม (โยก ล้มเอียง บิดหมุน) จะมีโอกาสเกิดการแตกหักซ้ำภายหลังการซ่อมได้อีก และอาจเกิด
ในระยะเวลาอันสั้น

3.3 กรณีฟันเทียมหลวมอยู่เดิม หลังซ่อมส่วนที่แตกหักแล้ว ฟันเทียมจะยังคงหลวมเช่นเดิม
เพราะการซ่อมเป็นเพียงแค่ต่อส่วนที่แตกหัก ไม่มีผลให้ฟันเทียมแน่นขึ้นแต่อย่างใด

3.4 การเติมซี่ฟันเทียมในตำแหน่งที่ถอนฟันแท้เพิ่ม จะได้ความสวยงามและแข็งแรงระดับหนึ่ง และหลังจาก
แผลถอนฟันหาย บริเวณที่เติมฟันนั้นจะเกิดช่องว่างใต้ฐานฟันเทียม

3.5 การแตกหักอาจเกิดขึ้นได้อีก โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เคี้ยวอาหารแข็ง แรกกัดหรือแรงบดเคี้ยว
ที่มากเกินไป การสบฟันผิดปกติ ทำฟันเทียมตก อุบัติเหตุกระแทกบริเวณช่องปาก เป็นต้น กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้
แนะนำให้ทำฟันเทียมใหม่

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ ฉบับปรับปรุงล่าสุด

5. การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้สอบถามทันตแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว ข้าพเจ้าได้รับการตอบคำถามถึง
ขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่ายเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการซ่อมฟันปลอมถอดได้ และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าวมา และยินยอมให้ทันตแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการรักษา

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการซ่อมฟันปลอมถอดได้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษา

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