



เอกสารยินยอมรับการบำบัดฟันเทียมภายหลังการฝังรากเทียม (Prosthetic part)

โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า อายุ ปี HN.....

ได้ตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดฟันเทียมภายหลังการฝังรากเทียม ซึ่ง..... จำนวน..... ซึ่ง
โดยข้าพเจ้าได้รับทราบถึงแผนการรักษาและข้อมูลดังนี้

1. การฝังรากฟันเทียมอาจทำให้เกิดมีเนื้อเยื่อเหงือกอ่อน (soft tissue loss) หรือการสูญเสียกระดูกเพิ่มขึ้น (bone loss) ทำให้มีผลต่อการบูรณะส่วนฟันเทียม อาจจำเป็นต้องได้รับการปลูกเนื้อเยื่อหรือกระดูกเพิ่ม (soft tissue or bone graft) ก่อน และ/หรือหลังที่จะรับการบำบัดฟันเทียมซึ่งเหตุการณ์นี้อาจอยู่นอกเหนือจากที่ได้วางแผนการรักษาไว้ซึ่งส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาและเพิ่มค่าใช้จ่าย

2. ในการบำบัดฟันเทียมภายหลังการฝังรากฟันเทียมเพื่อความสวยงามและเพื่อประสิทธิภาพในการทำงาน ขั้นตอนการรักษาจึงจำเป็นต้องมีหลายขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนต้องใช้เวลาในการประเมินการรักษา ดังนั้นช่วงเวลาในการรักษาต้องใช้นาน

3. ในส่วนของฟันเทียม (prosthetic part) ต้องมีส่วนเชื่อมต่อกับส่วนรากฟันเทียมซึ่งตำแหน่งส่วนเชื่อมต่อนี้ อาจเกิดความผิดพลาด หรือเกิดความล้มเหลวในส่วนเชื่อมต่อได้ เช่น สกรูหลวม, สกรูหัก, abutment หัก

4. ในขณะที่ทำการรักษาผู้ป่วยอาจได้รับการใส่ครอบฟันชั่วคราวผู้ป่วยต้องให้ความระมัดระวังในการทำงานและดูแลความสะอาด

5. ราคาของส่วนรากฟันเทียมและส่วนฟันเทียมแยกคิดราคาจากกัน

6. หลังจากรับการรักษาเสร็จแล้วต้องกลับมาตรวจตามระยะเวลาที่ทันตแพทย์นัด

7. ระหว่างการรักษา อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้จะยึดถือความเป็นไปได้ของการรักษา ความปลอดภัย และประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

ข้าพเจ้า..... ได้ทราบข้อมูลจากทันตแพทย์..... ในการทำฟันเทียมภายหลังฝังรากเทียม รวมถึงซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจกับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาลดจนความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการทำฟันเทียมหลังฝังรากเทียมเป็นที่เรียบร้อยแล้วหากเกิดความเสี่ยงดังกล่าว 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