



武汉大学口腔医院

HOSPITAL OF STOMATOLOGY WUHAN UNIVERSITY

湖北省口腔医院 | 武汉大学口腔医学院

口腔种植治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 47岁
本人联系电话: [REDACTED] 诊断: 上颌牙列缺损, 牙列缺损
术前心率: 79 血压: 128/84

1、我理解种植手术的目的和治疗程序,理解在经过选择和比较后采取种植治疗的必要性及作为患者应配合医生完成整个治疗程序。

2、医生已向我介绍了有关麻醉、守护及用药的危险及可能出现的并发症和术后反应,如:肿胀、疼痛、局部麻木(一时性或永久性)、牙齿损伤、颌骨骨折、颌窦穿孔、延迟愈合、感染、种植体失败等。我理解这些治疗过程中可能出现的一系列问题,并在此基础上同意医生实施种植治疗。

3、当种植体在骨内愈合不良或失败时,医生可根据情况,决定取出种植体及采取必要的治疗措施。

4、我同意医生为我选择的种植体种类及种植方式,亦同意医生在术中由于新发生的问题而改变原来的种植计划。我同意医生为我选择的异体牙移植的治疗方案。

5、医生已向我详细介绍了整个过程所需的时间及费用,我可以接受。

6、我同意医生在整个治疗过程中照相、录像以及收集各种资料,医生可利用这些资料作为学术交流与研究,但不公开患者身份。

7、我将遵照医生的所有医嘱,保证术后控制吸烟、忌酒及注意饮食、坚持正确刷牙、保持口腔卫生、术后避免外伤等。

8、我将如实地向医生报告自己的健康状况、既往史、家庭史、如隐瞒愿承担一切后果。

患方签字: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 日期: 2018年8月20日

主管医师签字: 张晓欣 日期: 2018年8月20日

此复印件仅限办理 文章发表
使用, 再次复印无效

