

口腔种植知情同意书 1

医生已经向我详细解释了口腔种植修复的目的、种植手术过程、完成种植需花费的时间、费用、种植后的维护以及种植效果。我了解到口腔种植修复虽然能较好的模拟天然牙的形态及功能，但与真正的天然牙仍存在一定的差异，并且治疗后的效果也可能与我目前心目中的预期效果不相吻合。我也了解到将种植体成功地植入骨内并最终行使功能相关的所有事宜，并同意支付全部手术费用。

我已知道有其他方法如活动修复及固定修复等可以修复缺失的牙齿，并已考虑过或试用过这些方法。但现在，通过医生的解释及本人对这些方面知识的认识，权衡各种修复方式的利弊后，我决定并请求用口腔种植方式来支持修复我的缺失牙。

医生已对我进行了与种植手术有关的详细的检查。就我个人表达能力范围内，我已经把我的健康状况准确无误地告诉了医生。这些包括所有以往的对药物，食物等的变态反应或不寻常反应；循环系统，血液系统疾病；目前正在使用的药物；以及任何其他与身体健康有关的情况。

我已被告知并理解可能会发生以下情况：偶尔会出现手术，药物和麻醉的并发症；有可能发生疼痛，肿胀，感染以及唇，下颌，颊部和牙齿的感觉异常，而所持续的时间不可确定，感觉异常可能是不可逆的；可能会出现牙齿损伤，骨折，鼻或上颌窦穿孔，延迟愈合和炎症反应；医生也已经告诉种植后有可能出现骨或牙龈组织发炎、肿胀、感染，牙槽嵴骨吸收，上颌窦炎症，甚至种植体松动，必要时须将种植体拔除。同时，种植修复后还有可能出现颞下颌关节疼痛，咀嚼时肌肉易疲劳等症状。

医生已经告诉我：不良的生活习惯如吸烟，酗酒，偏食，口腔卫生维护不良以及术后出现的或加重的一些全身疾病如糖尿病，肾脏疾病等都可能影响牙龈愈合和影响牙种植的近期及远期效果。我同意遵循医嘱要求的饮食建议和植牙床护理措施。我同意按医嘱要求在种植体植入后，至少每半年对种植体做一次检查。复查时可能需要必要的药物，手术或上部结构的修理，须交一些合理的检查费以及相应的治疗处理费用。如果种植体不能正常行使功能，根据医生的判断不能保留，则不管何种原因，本人将同意拔除种植体；根据医生的决定，采用其他类型修复体。

有了这些深刻而全面的了解，我要求医生为我实施包括种植和其他手术在内的牙科手术以及修复方式。我同意所选择的麻醉类型。我同意在 24 小时内或直到完全从麻醉药或手术后辅助药恢复前不开机动车或其他易造成伤害的行为。

对于有关我的护理和治疗的摄像，录像，X 线和其他有关检查，在有助于口腔医学发展方面的应用我均予授权。对于医生的建议，如符合我的利益，我同意有关设计，材料和护理方式等方面的修复。

种植手术程序和风险已由 王仁波 医生向我解释，我已知情同意。

患者意见：我已知情同意

日期 2018.5.2 病人签名

医生签名 王仁波