



治疗知情同意书

患者姓名

性别：男

年龄：24 岁

ID 号：

1. 目前诊断：

1. 12 缺失，13 先天缺失，14 重度牙周炎，需拔除
2. 53 乳牙滞留
3. 慢性龈炎
4. 12，13，14 区严重水平牙槽骨缺损

2. 治疗建议：

牙周基础治疗后拔除 53，14，延期骨增量手术和延期种植手术。我院已具备开展该项目的技术和条件，但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对，尽量减少损害程度。

3. 医生陈述：

我已告知患者将要进行的治疗方式，此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：

签名日期：

2019. 8. 1

4. 患者知情选择：

☒ 1. 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了关于我此次治疗的相关问题。

☒ 2. 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。

☒ 3. 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名：

签名日期：

2019. 8. 1