

口腔科修复知情同意书

(固定义齿修复)

_____同意在山东大学口腔医院修复科接受 咬合重建固定修复 治疗。在治疗前，医生就以下方面向我作了详细的解释：

1、修复体前需要局部麻醉，麻醉前医生已经向我详细询问过敏史及身体健康状况，我已如实回答，具体内容如实记录于我的病历档案。麻醉前医生还向我叙述了，麻醉方法和麻醉剂选择以及麻醉可能会引起的一些并发症，如神经麻痹和损伤、过敏、血肿、甚至麻醉意外等。

2、做修复体时需要将相应的牙齿四周及牙面磨除 1-2mm 不等，在磨牙前具体牙位医生已经让我确认。

3、在有些时候，牙体预备可能会出现牙髓、牙龈损伤，并需要做进一步治疗，若出现以上情况我会配合医生完成治疗。

4、在戴正式牙套前有 1-2 周需要佩带塑料暂时冠，在此期间会给我的生活带来一定影响，如局部疼痛，牙龈肿胀，冷热敏感，咀嚼不便等，并要求我不能咀嚼硬物和粘食，以免暂时冠损坏或误吞。

5、修复体有很多种类，医生详细向我讲解了不同种类修复体的区别以及优缺点，如普通金属对人体的副作用（镍钹毒性、龈边缘发青、过敏）；烤瓷全瓷修复体表面瓷层受力过大崩瓷等，经过考虑我最终选择 国产全瓷修复体 修复。

6、我知道修复体的颜色一旦制作完成后将不可以随意改变，所以在比色时我已仔细选择和校对颜色，最终选择 2L、L5 色。备注：_____。

7、修复体完成后，我明白必须注意口腔卫生，定期进行口腔检查和维护，小心、正确使用修复体，否则基牙可能会产生龋坏、牙周病以及修复体损坏，导致修复失败，重新治疗时诊所将收取一定费用。

8、通过医生的讲解，我对治疗费用已经清楚并接受。

9、在整个过程中（包括治疗前交流准备、治疗进程中、约诊期间、治疗结束后），我承诺一旦有任何不适、疑义或不清楚之处、不能按时复诊等，我将立即和主诊医生或诊所负责人交流联系，行使我的知情权和改预约期，以便得到优质的治疗效果。

10、我对阅读理解中文无障碍，语言交流无困难。

11、其他需要说明的问题： _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _。

在和 孙惠强 医生交流完后，我已完全了解了整个治疗过程的方法、时间、费用、注意事项、可能出现的并发症及全文的所有内容，如有特殊要求我已写入第十一条。同意山东大学口腔修复科为我进行 _ _ _ _ _ 治疗。

沟通医生

患者签名

签字日期： 2021 年 9 月 20 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的代理人在此签名：

患者家属（或患者委托代理人）签名： _____ 与患者的关系： _____