



武汉大学口腔医院

HOSPITAL OF STOMATOLOGY WUHAN UNIVERSITY

口腔种植治疗知情同意书

姓名
本人
诊断

10/1/57 2018.4.3

1. 医生已向我介绍可选的缺牙修复方法：活动义齿、固定义齿和种植义齿，并介绍了这三种修复方法的过程、优缺点、大概费用的事项。经考虑我自愿选择种植义齿修复。

2. 我理解口腔种植治疗与手术的目的、程序和步骤，愿意配合以上完成整个疗程。

3. 医生已向我详细介绍了全部治疗过程所需时间和费用，医生视术中情况确定是否需要植骨，如植骨需增加植骨术、人工骨粉及生物膜等材料和治疗费；我同意支付所需全部费用。

4. 医生已告诉我无法保证种植体永远稳定，我理解少量病人在植体植入术后义齿修复后的不同阶段可能出现种植体松动、脱落，修复体破损、体脱，螺丝松动、折断等情况，属种植修复治疗的常见病发症。

5. 医生已向我介绍了有关麻醉、用药及手术的风险性，以及术后可能出现的病发症，包括：麻醉药物过敏、晕针、肿胀、疼痛、局部（颈部、下唇、颊、舌和取骨区）一时性或永久性麻木、局部皮下淤血及皮肤一时性变色、上颌窦粘膜穿孔或上颌窦炎、感染、邻牙压根受损伤、颌骨骨折、种植体松动脱落等。

6. 我同意医生为我制订的治疗计划，包括种植体种类及种植方式：同意医生在术中如发现新问题有可能改变原来的种植计划或中止中止手术，此时需要关闭切口，调整修复缺牙的方案；同意当种植体在颌骨内愈合不良是，医生可根据情况决定取出种植体，重新补种或采取其它的修复方法（如活动义齿修复）

7. 我保证如实向医生报告自己的健康状况、药物过敏史和长期服药史、既往史及家族史等，如有隐瞒，愿承担一切后果；

8. 我将遵照医生的医嘱，不吸烟，控制饮酒量及注意饮食，坚持正确的刷牙方法，定期进行口腔保健；

9. 我同意将我的病历资料及照片用于非商业意图的临床、教学研究及学术交流。

10. 我保证定期复查（完成种植修复后1月、3月、6月和往后每年一次），种植体周围牙龈发炎、增生甚至伴有骨吸收，需及时到医院复诊和治疗；同意采取医生建议的种植修复体周围清洁方式。

我已经知悉并完全理解以上内容，同意进行口腔种植治疗，本同意书于口腔种植手术前

患者签名
或委托

医生签名： Li Zhen

签名日期： 2017 年 9 月 28 日

Li Zhen 2018.4.3