



โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital

เอกสารยินยอมรับการรักษา แผนกทันตกรรม ในกรณีเตรียมช่องปากก่อนรับการรักษา
ทางการแพทย์ ในกรณีฉายรังสีรักษา, ให้อาต้านการสลายตัวของกระดูก, การปลูกถ่ายไขกระดูก,
การผ่าตัดลิ้นหัวใจ และการเปลี่ยนข้อเทียม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN ได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันตกรรมเพื่อ
เตรียมช่องปากสำหรับ..... โดยมีแผนการรักษาได้แก่

1. ถอนฟันตำแหน่ง..... รวมเป็นจำนวน.....ซี่
2. อุดฟันตำแหน่ง..... รวมเป็นจำนวน.....ซี่
3. ผ่าตัดฟันคุด, ผ่าตัดปุ่มกระดูก ตำแหน่ง.....
4. ชูดหินปูน
5. การรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ ได้แก่.....

โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ดังนี้

1. ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียทางเลือกต่าง ๆ และแผนการในการรักษา ผลแทรกซ้อน ต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการรักษาให้ข้าพเจ้ารับทราบ ทันตแพทย์จะให้การรักษาตามหลัก วิชาการเพื่อให้ เกิดผลดีที่สุกกับข้าพเจ้า
2. ข้าพเจ้าได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกแผนการรักษา สอบถามข้อดี ข้อด้อย ของแต่ละแผนการรักษา เพื่อประกอบการตัดสินใจ รวมถึงรับทราบค่าใช้จ่ายตามแผนการรักษาโดยประมาณที่ได้เลือกไว้
3. ข้าพเจ้าได้รับทราบลำดับขั้นตอนรวมถึงระยะเวลาการรักษาอย่างคร่าว ๆ
4. ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงความจำเป็นในการเตรียมช่องปากก่อนการให้การรักษาทางการแพทย์ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการเตรียมช่องปากอย่างเหมาะสมก่อนการรับการรักษาทางการแพทย์
5. ในการรักษาทันตกรรมเพื่อเตรียมช่องปากก่อนการรักษาทางการแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อลดผลข้างเคียงซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว
6. แผนการรักษาเพื่อเตรียมช่องปากก่อนรับการรักษาทางการแพทย์ อาจมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาได้ตามการดำเนินโรคที่เกิดขึ้น เมื่อให้การรักษาไปอาจต้องมีการเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาบางอย่าง ทันตแพทย์จะทำการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนการเปลี่ยนแปลงการรักษา
7. การเตรียมช่องปากก่อนการรักษาทางการแพทย์ มีระยะเวลาที่จำกัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์ขั้นต่อไปได้เร็วที่สุด ผู้ป่วยควรมารับการรักษาตามที่ทันตแพทย์นัดเพื่อให้การรักษาเป็นไปตามแผนที่วางไว้
8. เมื่อการรักษาเสร็จสมบูรณ์ผู้ป่วยต้องทำตามคำแนะนำและกลับมาตรวจตามระยะเวลาที่ทันตแพทย์นัดหมาย
9. ค่าใช้จ่ายในการรักษา อิงตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของโรงพยาบาลทันตกรรม แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์

การตัดสินใจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และได้สอบถาม ทัศนแพทย์ถึงทางเลือก และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว ข้าพเจ้าได้ซักถามและได้รับคำตอบเกี่ยวกับขั้นตอน ความเสี่ยง ประโยชน์และค่าใช้จ่าย เป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น และยอมรับความเสี่ยงต่าง ๆ และค่าใช้จ่าย ดังที่กล่าว มา และยินยอมให้ทัศนแพทย์เอกซเรย์ฟันตามความจำเป็นตลอดการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น

ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ทำการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์ติดแน่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับข้อมูล และยอมรับผลที่จะเกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ทัศนแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่

เวลา

หมายเหตุ

1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
2. กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย