임플란트 치료 동의서

1. 본인은 임플란트 치료가 무엇인지에 대해 충분한 설명을 들었으며 그것을 위한 과정에 대해서도 설명을 들었습니다.
2. 본인은 본인의 건강에 대하여 본인이 알고 있는 바 모든 것을 치과의사에게 알렸으며 그 내용에는 당뇨 등의 전신질환, 혈액질환, 출혈이상, 알레르기 그 밖의 건강에 대한 것을 포함하고 있습니다.
3. 본인은 상실된 치아를 치료하는 보철치료에 관하여 통상적인 방법을 설명 받았으나, 임플란트로 치료하는 방법을 선택하였으며, 임플란트 종류의 선택 및 수술법에 대한 선택을 술자의 판단에 따릅니다.
4. 본인은 임플란트 치료가 실패할 수도 있다는 것을 이해하며, 치과의사의 판단에 따라 임플란트를 제거 할 필요가 있으면 이에 동의합니다. 임플란트 제거 후 다시 임플란트를 매식하는 경우 실비의 재수술 비용을 부담하는데 동의하며, 수술이 불가능한 경우 다른 통상적인 보철 치료가 행해져야 하는 것을 알고 있습니다.(수술 비용은 환불되지 아니함)
5. 본인은 임플란트 수술시 환자의 골질, 수술 부위 감염 등의 이유로 불가피하게 임플란트를 식립하지 못하는 경우 임플란트 재료비를 제외한 수술비용 및 을 부담합니다.
6. 본인은 임플란트 치료 중 환자의 골질 상태나 골 형태의 이유로 또는, 더 나은 결과를 위하여 불가피하게 치료계획이 변경될 수 있고, 부가적인 치료 등이 시행될 수 있음을 이해하며 이에 대한 부가적인 비용이 추가되고 부담해야 함을 알고 있습니다.
7. 본인은 임플란트 치료가 뼈나 잇몸 손상, 통증, 염증, 부종, 감염, 치아 손상, 상악동 천공 등을 유발할 수 있음을 이해하며 과로와 흡연, 음주 등이 수술 후 잇몸이나 뼈의 치유에 나쁜 영향을 준다는 것을 이해하고 일정기간 금할 것을 동의합니다.
8. 본인은 임플란트 치료의 진단과 치료를 위한 사진, 방사선 사진 촬영, 모형의 채득, 기록 등에 동의하며, 치의학 발전을 위해 신원이 노출되지 않는 범위 내에서 이의 학술적 발표에 동의합니다.
9. 본인은 임플란트 치료에 있어서 치과의사의 지시에 따르며, 검사가 필요할 때 내원하는 것에 동의합니다.

날짜 : 200　　년　　월　　일
환자 서명 :　　(인)
보호자 서명 :　　(인)　(환자와의 관계 :　　)

나(담당의사)는 치과의사의 윤리에 어긋나거나 학문적으로 인증되지 아니한 치료는 행하지 않을 것을 약속하며 임플란트 치료에 대한 설명을 끝냅니다.

날짜 : 200　　년　　월　　일
담당의사 서명 :　　(인)

전북대학교병원
CHONBUK NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL