

수술(치아재식/이식) 동의서

등록번호 : _____
성 별 : 남 / 여 _____
환자성명 : _____

수술/검사명 : _____
주치의사 : _____
진 단 명 : _____

1. 본인은 상기 수술의 필요성 및 내용에 대해 의사로부터 상세한 설명을 들었으며, 본 수술로 인하여 아래와 같은 합병증이나 후유증이 발생할 수도 있음을 충분히 이해합니다. 이에 대해 민, 형사상 책임을 포함한 어떠한 이의도 제기하지 않을 것과 수술에 협력할 것을 서약하고 이에 따른 의학적 처리를 주치의사의 판단에 위임하여 수술을 신청합니다.
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.

* 치아 재식/이식 수술 후유증 및 합병증

- 1) 치아를 빼는 과정에서 치아가 부러져 실패할 수 있습니다.
- 2) 일반적인 수술 후유증(통증, 종창, 일시적인 감각마비 등)이 있을 수 있습니다.
- 3) 흡연, 음주 등이 수술 후 치유에 나쁜 영향을 줄 수 있으며 일정기간 금해야 합니다.
- 4) 이식/재식 이후 이차적인 치주질환, 점진적 치근흡수, 파절이 발생할 수도 있습니다. 이 경우 불가피하게 치료 계획(발치 등)이 변경될 수 있습니다.(비용은 환불되지 아니함)
- 5) 정상적인 사용에는 수술 후 3~6개월의 시일이 필요합니다.
- 6) 본 수술은 일반적으로 신경치료를 필요로 하고, 추후 아래위 교합을 맞추기 위해 금관을 필요로 할 수가 있습니다.
- 7) 기타 ()

* 상기 치료법에 대해 충분히 설명을 듣지 못하셨다면 다시 설명 드리겠습니다.

충분히 설명을 들으셨습니까? 예 (), 아니요 ()

나()는 치아재식/이식 수술에 대한 충분한 설명을 들었으며,
치아재식/이식 수술 치료에 동의합니다.

날짜 : 20 년 월 일

환자 또는 보호자 : _____ (서명/인)

환자와의 관계 : _____

전화 : _____

휴대폰 : _____

설명 의사 : _____ (서명/인)