

수술(치근단절제술) 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.
3. 본인은 치근단 질환의 진단과 치료를 위한 사진, 방사선 사진 촬영(CT 등)에 동의합니다.
4. 경우에 따라 이식재가 필요할 수 있으며, 부가적인 비용이 추가될 수 있습니다.

* 치근단 절제술 후유증 및 합병증

- 1) 일반적인 수술 후유증(통증, 부종, 감염 등)이 있을 수 있습니다.
- 2) 흡연, 음주 등이 수술 후 치유에 나쁜 영향을 줄 수 있으며 일정기간 금해야 합니다.
- 3) 시술 중, 시술 후 더 나은 결과를 위하여 발치 등과 같이 불가피하게 치료계획이 변경될 수 있고, 이를 이해합니다.
- 4) 수술 이후 이차적인 치주질환 등이 발생할 수도 있습니다.
(비용은 환불되지 아니함)
- 5) 기타 ()

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

충분히 설명을 들으셨습니까? 예 (), 아니요 ()

나()는 치근단 절제술에 대한 충분한 설명을 들었으며,
치근단 절제술 시행에 동의합니다.

날짜 : 20 년 월 일
환자 또는 보호자 : _____ (서명/인)
환자와의 관계 : _____
전화 : _____
휴대폰 : _____
설명 의사 : _____ (서명/인)