



病人资料

病人姓名: _____

出生日期: _____

病历号码 (如适用) : _____

如病人未满 18 岁:

父母 / 法定监护人姓名: _____

与病人关系: _____

电话: _____

牙科治疗知情同意

本人 (患者或父母/法定监护人) 授权华人医务中心的牙医、牙科卫生师、牙科助理、住院医师、学生 (如适用) 及其他经授权的牙科工作人员, 提供被认为必要的专业牙科治疗服务。

本人了解牙科治疗可能包括但不限于:

- ☐ 补牙 (牙体修复)
- ☐ 拔牙
- ☐ 根管治疗
- ☐ 局部麻醉
- ☐ 牙髓治疗 (包括牙髓切断术或牙髓切除术)
- ☐ 不锈钢牙冠或其他修复性牙冠
- ☐ 牙齿空间维持器
- ☐ 为缓解疼痛、控制感染或防止进一步损伤所需的紧急牙科治疗
- ☐ 局部活动义齿
- ☐ 全口义齿
- ☐ 其他: _____

治疗简要说明:

本人已了解拟议治疗的性质、目的、益处及可能风险, 并已获得充分机会在治疗前提出问题并获得解答。
本人了解任何牙科治疗的结果均无法保证或承诺。

风险与替代方案

本人了解牙科治疗可能伴随的风险包括但不限于:

- 疼痛或不适
- 肿胀或瘀青
- 出血
- 感染
- 暂时性或永久性麻木
- 对药物或材料发生过敏反应
- 修复物或治疗失败，需要进一步治疗
- 拔牙时可能造成骨组织流失或移除
- 邻近牙齿或修复物受损或断裂
- 不可预见的并发症，可能需要转诊牙科专科医生治疗

本人了解也可选择其他治疗方式，包括不接受治疗，并有权与治疗牙医讨论相关替代方案。

医疗信息

本人确认已提供本人子女完整且准确的医疗及牙科病史资料，并同意如健康状况、用药、过敏史或其他医疗状况发生任何变化，将立即通知牙科诊所。

紧急治疗同意

如牙医判定必须立即治疗，以缓解疼痛、控制感染或避免患者口腔健康受到严重损害，本人授权华人医务中心提供适当的紧急牙科治疗。

财务责任

本人了解，凡保险或其他第三方付款单位未支付的费用，本人须依据华人医务中心的财务援助政策及相关法规承担应付款项。

声明

本人签署本同意书，即表示：

- 本人为上述未成年患者的父母或法定监护人。
- 本人已阅读并理解本同意书内容。
- 本人提出的问题均已获得满意答复。
- 本人自愿授权华人医务中心提供上述牙科治疗。
- 本人了解可随时以书面形式撤销本同意书，但已完成的治疗不受影响。

病人签名 / 父母或法定监护人签名 (如病人未满 18 岁)

正楷姓名: _____

签名: _____

日期: _____