

## Thảo luận và Thông báo Đồng ý đối với Bảo vệ hàm theo ý muốn

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chẩn đoán: \_\_\_\_\_

Điều trị: \_\_\_\_\_

Bệnh nhân có dị ứng rõ ràng với: (chỉ chọn những trường hợp áp dụng)

\_\_\_\_\_ Latex \_\_\_\_\_ Vinyl \_\_\_\_\_ Nhựa

Bệnh nhân có phản ứng bất lợi đối với vật liệu lấy dấu nha khoa không? Có / Không (nếu có, xin giải thích)

Tôi, \_\_\_\_\_ (xin vui lòng viết bằng chữ in tên của bạn rõ ràng) là phụ huynh / người giám hộ hợp pháp của đứa trẻ nói trên và có quyền đồng ý điều trị thay mặt cho đứa trẻ nói trên.

### Những Hạn chế của Điều trị

*Phụ huynh / người giám hộ hợp pháp cần ký tên*

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng trong trường hợp này, sự điều trị của Bác sĩ \_\_\_\_\_ chỉ liên quan đến việc chế tác một dụng cụ bảo vệ hàm và không tạo thành một cuộc kiểm tra nha khoa hoặc sàng lọc nha khoa toàn diện. Bác sĩ \_\_\_\_\_ sẽ không chụp X-quang, làm sạch răng hoặc chẩn đoán bất kỳ bệnh nha khoa nào.

### Các rủi ro tiềm ẩn hoặc các biến chứng

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng dụng cụ bảo vệ hàm có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa tổn thương cho răng trong thi đấu và tập luyện thể thao nhưng không đảm bảo rằng các tổn thương về răng, mô nướu, đầu và cổ sẽ không xảy ra.

\_\_\_\_\_ Tôi hiểu rằng răng lung lay, chất trám, mão răng, mặt dán sứ veneer, dụng cụ chỉnh hình hoặc các bộ phận phục hình có thể bị bong ra bởi việc lấy dấu, vấn đề này có thể cần có khuyến cáo sửa chữa hoặc điều trị của bác sĩ nha khoa thường xuyên của tôi hoặc của con tôi hoặc một chuyên gia nha khoa.

\_\_\_\_\_ Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi về thủ tục và tất cả các câu hỏi của tôi đã được trả lời làm tôi hài lòng.

**Chọn các hộp dưới đây áp dụng cho bạn:**

**Đồng ý**

- Tôi đã được thông báo, cả bằng miệng và bằng thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này, về các rủi ro và lợi ích của điều trị được đề nghị.
- Tôi đã được thông báo, cả bằng lời nói và thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này, về các rủi ro và lợi ích thiết yếu của giải pháp điều trị thay thế và lựa chọn không điều trị bệnh của tôi.
- Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các thông tin trên đây cùng những giải thích được đề cập rằng các câu hỏi của tôi đã được trả lời và các khoảng trống cần điền thông tin hoặc hoàn thành đã được điền đầy đủ. Tôi ủy quyền và chỉ đạo Bác sĩ \_\_\_\_\_ làm những việc xét thấy cần thiết trong các trường hợp cụ thể.
- Tôi đồng ý thực hiện cách điều trị nói trên.
- Trong khi việc điều trị có thể được bảo hiểm y tế và / hoặc bảo hiểm nha khoa của tôi chi trả, tôi chấp nhận mọi trách nhiệm tài chính đối với việc điều trị này và cho phép điều trị.

**Hoặc**

**Từ chối**

- Tôi từ chối (các) điều trị được đề nghị như được mô tả ở trên và hiểu các hậu quả tiềm ẩn liên quan đến việc từ chối này.

\_\_\_\_\_

Bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân

\_\_\_\_\_

Ngày

\_\_\_\_\_

Chữ ký nhân chứng

\_\_\_\_\_

Ngày

Tôi xác nhận rằng tôi đã thảo luận về các rủi ro, lợi ích, hậu quả và các lựa chọn thay thế của việc điều trị trên với \_\_\_\_\_ (Bệnh nhân hoặc đại diện của bệnh nhân) và họ đã có cơ hội đặt câu hỏi. Tôi tin rằng họ hiểu những gì đã được giải thích và đồng ý hoặc từ chối điều trị đã nêu ở trên.

\_\_\_\_\_

Chữ ký Nha sĩ

\_\_\_\_\_

Ngày