



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
شهرستان مشهد



فرم رضایت نامه کلی دندانپزشکی

مراجعه کننده گرامی ضمن عرض خوشامد و با آرزوی سلامتی برای شما ، بدیهی است دندانپزشک معالج شما حداکثر توان و تلاش خود به لحاظ علمی و مهارتی را بکار خواهد برد تا بهترین نتایج درمانی با حداقل هزینه و در سریع ترین زمان ممکن برای شما حاصل شود . با اینحال نظیر هر اقدام درمانی دیگر در حوزه پزشکی ، معالجات دندانپزشکی نیز ندرتاً ممکن است با عوارض ناخواسته توأم باشند و بدین لحاظ آگاهی از مراحل درمان و هرگونه عوارض احتمالی آن ، جزء حقوق شما است و لذا ضروری است با مطالعه فرم ارائه شده ضمن کسب اطلاعات لازم پیرامون روند معالجات و برخی عوارض محتمل ، هرگونه سوال خود در این رابطه را با دندانپزشک معالج مطرح نمایید.

- من - بعنوان مراجعه کننده- تمام اطلاعات مربوط به بیماریها ، دوره های درمان ، داروهای مصرفی قبلی و فعلی و آلرژی های خود را به طور کامل بیان کرده ام.
- من می دانم که عوارض احتمالی و اجتناب ناپذیری در درمانهای دندانپزشکی وجود دارد. از جمله حساسیت به داروهای تجویز شده - حساسیت و واکنش به داروی بی حسی دندانپزشکی - اختلال حسی لب و چانه و یا زبان - گرفتگی عضلات جونده و آسیب به مفصل فکی و عضلات مرتبط با آن.
- ممکن است حین درمان مشکلاتی پیش آید که در معاینه بالینی و رادیوگرافی قابل تشخیص نبوده و باعث شود درمان مورد نظر حذف شود و یا نیاز به درمان های اضافی یا کشیدن دندان مورد درمان باشد که در حیطه قضاوت حرفه ای دندانپزشکم می باشد. من از این مشکلات احتمالی آگاهم و مشکلی با پرداخت هزینه درمان اضافی ندارم.
- من میدانم که گاهی در حین درمان دشواریهایی پیش می آید که نیاز به درمان ویژه دارد و دندانپزشکم مجبور به ارجاع درمان دندان من به دندانپزشک متخصص می باشد. من موافق هستم که از لحاظ مالی ، مسئولیت پرداخت هزینه برای درمان ویژه توسط متخصص را دارم.



فرم رضایت نامه کلی دندانپزشکی

- من میدانم که در مطب دندانپزشکی محیط محدودی برای درمان وجود دارد و مسائل مربوط به کنترل عفونت و تجهیزات دندانپزشکی این اجازه را نمیدهد که همراهی بیمار در کنار یونیت دندانپزشکی حضور داشته باشد. فقط در موارد خاص و برخی درمانهای اطفال، ممکن است یک همراه بزرگسال اجازه حضور در اتاق کار را داشته باشد.
- دندانپزشکم به طور کامل در مورد طرح درمان پیشنهادی (و درمانهای جایگزین) و درمانهایی که قرار است بر روی دندانهایم انجام شود، به من توضیح داده است و من و دندانپزشکم در مورد طرح درمان به توافق رسیده ایم. من می دانم آنچه به من به عنوان هزینه درمان گفته شده، تخمینی می باشد و از لحاظ مالی، مسئول پرداخت کلیه هزینه ها هستم. من میدانم چنانچه طرح درمان دچار تغییر شود پرداخت مابقی هزینه ها به عهده اینجانب می باشد.
- من میدانم که نتیجه درمانهای دندانپزشکی علاوه بر کیفیت کار دندانپزشک به فاکتورهای مختلفی از جمله: رعایت بهداشت دهان و دندان، تغذیه، مصرف سیگار و الکل، بیماریهای خاص (دیابت، خشکی دهان، مصرف داروهای خاص و...)، وجود دندان قروچه و سایر عادات مخرب، نحوه جفت شدگی دندانها باهم، و مراجعه منظم به دندانپزشک جهت چک آپ و مرتبط است.
- من میدانم که علیرغم انجام درمانهای مناسب دندانپزشکی تضمینی برای موفقیت صد در صد آنها وجود ندارد. با آگاهی از این موضوع درمان پیشنهادی و عوارض احتمالی ناشی از آن را میپذیرم.
- من در مورد درمانم تمام سولات مورد نیاز را پرسیده ام و توسط دندانپزشکم پاسخ کامل به من داده شده است.

امضا و تاریخ