

يتم تقديم المعلومات التالية بشكل روتيني إلى أي شخص يود علاج تقويم الأسنان في عيادتنا. عندما ندرك فوائد الإبتسامَة المُرضية والأسنان الصحية يجب أن تكون أيضاً على علم أن علاج تقويم الأسنان مثل اي علاج آخر في الجسم لديه بعض المخاطر الكامنة والقيود. هؤلاء نادراً ما يجعلون نتيجة العلاج غير مرضية بما فيه الكفاية. ولكن ينبغي النظر فيها لإتخاذ قرار بدء علاج تقويم الأسنان

مسؤوليات المريض:

- ### حقوق المريض:

- نظافة الفم:

الأسنان غير الحوية أو الميتة هو احتمال

:إمتصاص الجذر

قضايا النمو:

أنسجة اللثة

وقت العلاج:

أجهزة إضافية للفم

المفصل الفكي الصدعي

حالات عادية جدا:

التوقعات:

الانتكاس:

أوافق على النقاط الصور الفوتوغرافية، نماذج الدراسة والاشعة السينية قبل ، خلال وبعد علاج تقويم الأسنان للمساعدة في الخطه وبرنامج العلاج. اذا اثبت أن الحالة ذات أهمية خاصة سيحفظ الطبيب بالحق في تقديم السجلات أو الأوراق العلمية للمناقشة مع الأخصائيين

أقر بأنني قد قرأت أو قُرا لي محتويات هذا النموذج وملاحظة المخاطر و القيود التي ينطوي عليها ذلك والموافقة على علاج تقويم الأسنان



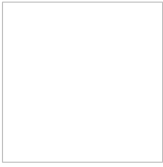
في حالة أنني أود التوقف عن العلاج، فقد تم إبلاغي وفهمت المخاطر المرتبطة مع ترك حالي بدون علاج، ادرك أن صحتي العامة قد تتأثر بقراري . لذا لن أقوم بتحميل الطبيب ، طاقم العمل أو أي شخص مرتبط بممارسة طب الأسنان المسؤولية للتغير الذي سيحصل لصحتي العامة الناتج عن هذا الشرط . لقد أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة حول حالي، خيارات العلاج و رفض العلاج. لقد قام مرود الموقع ادناه الإجابة على جميع أسئلتي. لقد فهمت النطاق الكامل للوضع وأنا اخذ قرار الموافقة

:استمارة الموافقة المسبقة

لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة بخصوص طبيعة والغرض من علاج تقويم الأسنان وقد تلقيت إجابات مرضية. أنا طوعا اتحمل جميع المخاطر المحتملة ،بما في ذلك خطر حدوث ضرر كبير، إن وجد، والذي قد يرتبط بأي مرحلة من مراحل العلاج ، على أمل الحصول على النتائج المرجوة، والتي من الممكن أو غير الممكن تحقيقها. الرسوم (إن وجدت) لهذه الخدمة لقد تم شرحها وهي مرضية. من خلال التوقيع على هذا النموذج أنا أعطي بحرية موافقتي للسماح للدكتور Alan Alfred أو/ و أحد مساعديه لتقديم العلاج لتقديم العلاج أو أي دواء و /أو التخدير الذي يعتبر ضروري للعلاج

🕒 لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وقيمت بالموافقة على العلاج المقترح كما هو موضح أعلاه

🕒 لقد قمت برفض إعطاء الموافقة للعلاج المقترح كما هو موضح أعلاه وقد تم شرح العواقب المحتملة المرتبطة بالرفض

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة		
مريض	شاهد	طبيب
		
اسم المريض Aswathi Vipin تاريخ 2023-11-28	اسم الشاهد test12 تاريخ 2023-11-28	(Alan - Dental (GD10001 تاريخ 2023-11-28