

بيكر فكتوري دننتال سنتر
Baker Victory Dental Center
موافقة على علاج الأسنان

وعلى الإجراءات والتخدير

إسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

١. أنا الموقع/ة أدناه أخول العاملين في بيكر فكتوري دننتال سنتر Baker Victory Dental Center (أطباء الأسنان، وأخصائيي صحة الأسنان) بإجراء العلاج العادي للأسنان و/أو التخدير والقيام بالعلاجات اللازمة الأخرى التي تملئها عليهم معرفتهم بطب الأسنان أثناء العلاج المذكور.

٢. لقد تم إعلامي بالغرض من العلاج والفوائد والمضاعفات المتوقعة (من الأسباب المعروفة وغير المعروفة)، المضايقات المصاحبة والمخاطر التي قد تنشأ، وكذلك البدائل الممكنة للعلاج المقترح، بما في ذلك عدم العلاج. كما تمت مناقشة المخاطر المصاحبة لأي علاج. وقد أعطيت فرصة لطرح الأسئلة، وتمت الإجابة على جميع أسئلتني بشكل كامل وبصورة مرضية.

٣. وأنا أفهم بأنه أثناء العلاج، قد تنشأ ظروف غير متوقعة والتي تستلزم التدخل بإجراء يختلف عما أشير إليه. ولذلك، فأنا أوافق على إجراء التدخل الإضافي من قبل طبيب الأسنان و/أو المساعدين القائمين بالعلاج الذي يمكن إعتباره ضرورياً.

٤. وأنا أقر بأنه لم تقدم لي أية ضمانات حول النتائج المرجوة من هذا العلاج.

٥. إنني أوكد بأنني قد قرأت أو تمت القراءة لي بما ورد أعلاه وفهمته بالكامل وأن جميع الأسطر الفارغة قد تمت تكملتها قبل توقيعني.

المريض / الوصي القانوني البديل (إذا كان المريض تحت ١٨ سنة من العمر أو لا يستطيع التوقيع):

التوقيع _____ الإسم بوضوح _____ التاريخ _____

العلاقة (إذا تم التوقيع من شخص غير المريض): _____

إعتماد طبيب الأسنان:

أشهد بأنني قد أوضحت طبيعة والغرض، والفوائد، والمخاطر، والبدائل (بما في ذلك عدم المعالجة والمخاطر المصاحبة)، العلاج(ات) المقترح/ة. كما أنني عرضت الإجابة على أية أسئلة، وأجبت على مثل هذه الأسئلة بكاملها. وأنا أعتقد أن المريض / القريب/ الوصي القانوني يفهم تماماً ما شرحتة وإجاباتي عليها.

التوقيع _____ الإسم بوضوح _____ التاريخ _____

يجب توقيع هذه الإستمارة من قبل الوصي القانوني لصاحب العلاقة