

人工植牙手術說明書暨同意書

依衛生福利部〈人工植牙手術說明書（範本）〉編修，並附本院植牙保固與回診約定

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 出生日期：_____
聯絡電話：_____ 主治醫師：_____ 說明日期：_____

第一部分 人工植牙手術說明 每項說明後請於 ☐ 打勾

為了充分了解植牙手術順利進行，向您說明植牙過程，並請您理解植牙可能遇到的風險！

- ☐ 一、人工牙根植入後通常需再經過一段時間的骨整合時間（視是否有做其它輔助性手術及病患的身體狀況而定）再進行第二階段手術，後接出支台齒製作假牙（或不需要第二次手術直接印模製作假牙）。
- ☐ 二、若您有系統性疾病如心臟病、糖尿病、高血壓、骨質疏鬆…等，必須告知醫師並控制好才適合進行手術。
- ☐ 三、如您有在治療骨質疏鬆、使用骨鬆藥物，請務必告知醫師，才能審慎評估治療計畫。
- ☐ 四、植牙如同於自然牙齒並不適合咬太硬或過度重咬，也會因保養不當或服用某些藥物（治療骨質疏鬆的藥物）造成植牙後人工牙根的損害。
- ☐ 五、植牙手術的成功率是無法百分之百，但根據國外長期且嚴謹的臨床追蹤報告，經五年使用後人工植體仍存在的比率約達 80%~90%。
- ☐ 六、『術後人工植體使用年限減少之高危險群』（當植體已植入，但如有下列症狀亦可能有影響）一如罹患牙周病、糖尿病、抽煙（特別是重度抽煙者）、有磨牙習慣、吃檳榔、身體不好…等。
- ☐ 七、任何手術皆存在一定程度之風險性，包括術中、術後可能之暫時性或永久性之症狀。
- ☐ 八、一般性症狀如：傷口出血、傷口疼痛、傷口腫脹、傷口感染或癒合不良、局部麻醉風險、因併發症或手術效果不如預期，必要時需再度手術及其它治療。
- ☐ 九、特殊性症狀如：骨髓炎、蜂窩組織炎、口鼻竇相通、鼻竇炎、猛爆性肝炎、感染性心內膜炎、敗血症、皮下氣腫、臉部皮膚瘀血腫脹、顏面嘴唇下頷牙齒或舌頭暫時或永久性麻痺感、開口困難、口內疤痕形成、需要附加額外的手術或材料，包括軟或硬組織、植牙失敗，再度手術取出、在第二階段手術前，人工牙根可能提早外露而看得見、其它…等。
- ☐ 十、人工植牙替代方案如下：1. 活動式假牙 2. 固定性牙橋。（本院補充：少數情況可評估自體牙齒移植或矯正關閉空間；也可以選擇暫不治療，但鄰牙可能傾倒、對咬牙可能伸長。）
- ☐ 十 植牙後仍可能因個人口腔衛生習慣而導致植體周圍炎，造成植牙喪失無法使用。
- 一、
- ☐ 十 植體假牙裝置後仍需定期回診，一般建議半年回診一次，以維護植牙之使用。（本院保固以每 6 個月回診為
- 二、條件，見第四部分。）

十三、植牙之植體資訊

手術當天由醫師或助理填寫；表格不敷使用時請另附頁

編 序	植體牙位	植體廠牌	型號／系列	直徑 × 長度	出廠批號（LOT）	植入日期
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

原廠植體標籤黏貼處（可直接黏貼植體包裝上的批號貼紙）

牙位採 FDI 兩位數記法（例：36＝左下第一大臼齒）。支台齒與假牙資料記載於病歷；病人可隨時申請病歷複本。

第二部分 健康狀況告知

有的請打勾；治療期間如有變化請主動告知

- ☐ 心臟病／高血壓
- ☐ 糖尿病（HbA1c：_____）
- ☐ 骨鬆藥物（口服或針劑）
- ☐ 抗凝血劑／阿斯匹靈
- ☐ 長期服用類固醇
- ☐ 頭頸部放射治療／化療
- ☐ 藥物過敏（_____）
- ☐ 牙周病史
- ☐ 抽菸（每天____支）
- ☐ 嚼檳榔
- ☐ 夜間磨牙／緊咬
- ☐ 懷孕／計畫懷孕

目前服用的藥物：_____

第三部分 治療計畫與費用

醫師填寫並說明

植牙方案	☐ Osstem 單顆 NT\$75,000 ☐ SuperLine 單顆 NT\$90,000（含小範圍補骨補肉） ☐ 其他： _____ 以上皆含植體、支台齒、假牙與數位導引板；植牙評估 CBCT 不另收費。
植牙數量	共 _____ 支 預估總費用新臺幣 _____ 元
可能另計	☐ 大範圍補骨（4 萬元以上） ☐ 上顎竇增高（3 萬元以上） ☐ 即拔即種當天臨時假牙（2 萬元） ☐ 舒眠（約 3 萬元，每多 1 小時約加 1 萬元） 本次預估另計：_____
付款方式	依療程階段付款（做到哪個階段收到哪個階段），不接受刷卡。

第四部分 植牙保固與回診約定

2 年

單顆植牙保固兩年，自假牙裝戴完成日起算；植體與假牙皆在保固範圍。

假牙裝戴完成日（保固起算日）：

保固到期日：

保固內容

① 植體未骨整合、鬆動或脫落：取出後重新植入，植體與手術費用不另收取。② 假牙崩瓷、斷裂、鬆脫，支台齒或固定螺絲鬆脫、斷裂：修理、更換或重新製作，不另收費。

仍另計

重新植入時如需大範圍補骨、上顎竇增高、舒眠或臨時假牙，依當時價目另計。

保固條件

每 6 個月須回本院檢查一次。未於期限內回診者，自該次起保固失效。行程變動請於到期前改約。

不在保固

跌倒、車禍、撞擊等外力；明顯不當使用（如以牙開瓶、咬冰塊）；於他院拆卸、調整或加修；經醫師告知應配戴夜間咬合板而未配戴所致之崩瓷或螺絲問題；未告知之病史或用藥。

其他

本保固為醫病雙方約定，不影響病人依法享有之權利；如屬交付時即存在之瑕疵，依相關法令處理。全口 All-on-4 依其個別約定。保固期滿後之維修，依當時收費標準。

回診	應回診日（到期前）	實際回診日	檢查結果（牙肉、咬合、螺絲、X 光）	醫師簽章
第 6 個月				
第 12 個月				
第 18 個月				
第 24 個月				

第五部分 聲明與簽名

【病人（法定代理人）聲明】

- ☐ 醫師已向我說明第一部分各項內容，包括植牙流程、成功率無法百分之百、可能的一般性與特殊性症狀，以及替代方案。
- ☐ 我已誠實告知全身健康狀況、用藥（特別是骨鬆藥物、抗凝血劑）與過敏史。
- ☐ 我了解第三部分的治療計畫與費用，以及可能另計的項目。
- ☐ 我了解第四部分兩年保固的內容與條件，並同意每 6 個月回診檢查；未依約回診者，保固自該次起失效。
- ☐ 我已有充分時間閱讀並提問，所有疑問均已獲得說明，同意接受人工植牙手術。

【醫師聲明】我已盡量以病人（或法定代理人）能了解的方式說明上述內容，並給予充分時間提問。

醫療機構：橙蒔美學牙醫診所

醫師：

病患簽名欄：

日期：

法定代理人：

與病人關係：

本說明書一份由醫療機構留存，一份交由患者留存。未滿十八歲者應由法定代理人一同簽署。簽署不代表治療結果保證，也不代表病人放棄依法享有的權利。

橙蒔美學牙醫診所 | 新竹縣竹北市成功三路 92 號 | 03-658-9988