

他院で行われたインプラントに関する同意書

国内で使用されるインプラントのメーカーは多数あり、パーツ形状や適合精度が大きく異なります。安価なものから信頼性の高いものまで、さまざま流通しています。

それらインプラント関連のパーツは患者さんの大切な身体に使用するものであるため、当院では高品質で高精度なスイス製のデンツプライシロナ社のインプラントを使用しております。

インプラントはメーカーによって異なる材質や形状となるため、安全のために他院のインプラントに関しては、治療を手掛けられた歯科医院を受診するようお願いしています。

諸事情で前医の受診が困難な場合は、当院で対応いたしますが、下記について同意をいただいてからの治療となります。

- ① 前医へ治療内容に関する必要な情報を問い合わせる場合があります。
- ② 治療されたインプラントが他社メーカーの場合、専用の器具器材が必要となる場合があります。この場合、治療費に加え、別途必要な器具・器材のご負担をお願いします。
- ③ 他院のインプラント治療に対して真摯に向き合い適切な治療に努めますが、関連するトラブルについては一切の責任を負いません。
- ④ その他
 - 1)インプラント周囲炎
 - 2)インプラント体・上部構造の破損
 - 3)インプラント体・上部構造の脱落
 - 4)インプラント周囲骨の吸収と骨吸収による審美障害
 - 5)対合歯の損傷(痛み, 動揺, 歯根破折, 骨吸収)
 - 6)隣在歯の移動
 - 7)摩耗による咬合高径の低下
 - 8)審美障害

以上について、ご理解ご納得された上で治療を行います。

年 月 日 担当医

上記内容を理解した上で、当院でのインプラント治療を承諾します。

年 月 日 患者名