

○○醫院（診所）口腔手術局部麻醉同意書

*基本資料

病人姓名

病人出生日期 年 月 日

病人病歷號碼

手術負責醫師姓名

一、擬實施之手術名稱（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 醫師施行手術名稱：_____

☐ 人工牙根植入術

☐ 單純齒切除術

☐ 複雜齒切除術

☐ 其他：_____

二、建議麻醉方式：

局部麻醉

三、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。

2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 麻醉之步驟。

☐ 麻醉之風險。

☐ 麻醉後，可能出現之症狀。

☐ 如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。

3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

四、病人之聲明

1. 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
2. 醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解麻醉說明。
4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

關係：病患之

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

見證人：

簽名：

日期 年 月 日

時間： 時 分