आर्थोडोन्टिक ट्रीटमेंट कंसेट फार्म

मैं ..... अच्छी तरह समझता हूं कि मेरा पुत्र/पुत्री/ मैं .....
..... को आर्थोडोंटिक इलाज की आवश्यकता है ।

मैं यह भी समझता हूं कि इस इलाज को शुरु कराने से पहले कुछ दांत निकलवाने की भी आवश्यकता है ।

मैं यह भी समझता हूं कि यद्यपि आर्थोडोंटिक इलाज की सफलता की संभावना अधिक है किन्तु यह जैव यांत्रिक प्रकिया है अतः यह संभव है कि इसके कुछ निम्नलिखित दुष्प्रभव हो :–

1. दांत निकलवाने के बाद सूजन और असुविधा होना स्वाभाविक है जिसके लिए संबंधित चिकित्सक द्वारा दवाईयां उपलब्ध कराई जाती हैं ।
2. ब्रेकेट, बेंड और तार लगाने के कारण मसूड़ों में कभी--कभी स्वाभाविक असुविधा भी होती है ।
3. चिकित्सक द्वारा मरीज को दिए गए निर्देशों का समय से पालन न करने पर इलाज की अवधि भी बढ़ सकती है ।
4. यदि मरीज दिए गए इलास्टिक हेड गियर आदि नहीं पहनता है तो इलाज पूरी तरह से असफल हो जाता है ।
5. यदि इलाज पूर्ण होने के बाद रिटेनर का उपयोग नहीं किया गया तो दांत अपनी पुरानी स्थिति में पुनः पहुंच सकते हैं ।
6. इलाज समाप्त होने के बाद भी यदि मरीज ने अपनी बुरी आदतें जैसे अगुंठा चूसना, होठ चूसना नहीं छोड़ो तो दांत अपनी पूर्ववत् स्थिति में आ सकते हैं ।
7. इलाज करते समय या उसके पश्चात् अक्कल दाढ़ आने पर इलाज पूर्णतः अप्रभावी हो सकता है ।
8. यदि इलाज शुरु होने पर दांत निकलवाने की आवश्यकता नहीं हुई तो भविष्य में जरुरत पड़ने पर मरीज की सहमति से दांत निकाले जा सकते हैं ।
9. इलाज में चिकित्सक द्वारा पूर्ण सावधानी रखने के पश्चात् भी यदि आकस्मिक ब्रेकेट या तार टूट जाते हैं तो संबंधित चिकित्सक कदाचित जवाबदार नहीं होगा ।
10. यदि इलाज के दौरान मुंह की सफाई नहीं रखी गई तो दांतों का हिलना और मसूड़ों में सूजन भी आ सकती है ।
11. यदि इलाज के दौरान मुंह की सफाई नहीं रखी गई तो दांतों में सड़न भी हो सकती है ।
12. इलाज की समाप्ति पर दांतों की सुन्दरता और बनावट के संबंध में निर्णय पूर्णतः चिकित्सक पर निर्भर होगा । इस संबंध में कुछ भी प्रश्न करना अनुचित माना जाएगा ।

मैं यह भी समझ चुका हूं कि इलाज की अवधि ..... वर्ष है और इलाज दौरान .....
तत्पश्चात् इसका मासिक शुल्क ..... है ।

हस्ताक्षर (पिता या पालक) और मरीज से संबंध

पता

.....

.....

फोन नं. .....

मोबाइल नं. .....

ईमेल आईडी .....