



ANAMNEZ HASTA BİLGİ FORMU

Hasta Adı ve Soyadı :

Kayıt Tarihi :



/dentadentadsm

www.dentadent.com.tr

Yücetarla Cad. Tamburacı Osman Sok. No: 8 34740 Bakırköy/İstanbul

T: 0212 660 56 00 pbx F: 0212 660 56 01

www.dentadent.com.tr - info@dentadent.com.tr

Hasta Adı - Soyadı:		Protokol No:	
ANAMNEZ BİLGİLERİ			
MEDİKAL BİLGİ:		EVET	HAYIR
Son yıllarda sağlığınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?		☐	☐
Aktif tüberküloz hastası mısınız?		☐	☐
Şu an doktor kontrolü altında mısınız?		☐	☐
Evet ise nedeni nedir?			
Doktorunuzun adı: Tel.:			
Son beş (5) yılda ciddi hastalık, ameliyat geçirdiniz mi?		☐	☐
Evet ise nedeni nedir?			
Hastanede yattınız mı?		☐	☐
Evet ise nedeni nedir?			
Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?		☐	☐
Evet ise hangi ilaç?			
Daha önceki doktor / dişhekiminiz size diş tedavisi öncesi antibiyotik tedavisi uygulanması gerektiğini söyledi mi?		☐	☐
Evet ise antibiyotik adı / doz?			
Doktor / Dişhekimisi adı:			
SADECE KADINLAR:		EVET	HAYIR
Oral kontraseptif kullanıyor musunuz?		☐	☐
Hamile misiniz?		☐	☐
Emziriyor musunuz?		☐	☐
AŞAĞIDAKİ MADDELERE ALLERJİNİZ VAR MI?			
Lokal anestezi madde	☐	Ağrı kesici / ilaç	☐
Latex	☐	Aspirin	☐
İodin	☐	Penisilin / antibiyotik	☐
Mevsimsel	☐	Barbiturat / sedatif / uyku ilacı	☐
Hayvan	☐	Yiyecek	☐
Diğer			
AŞAĞIDAKİ HASTALIKLARDAN HANGİLERİNİ GEÇİRDİNİZ?			
		Tip 1 Tip 2	
☐ Kardiyovasküler Hastalıklar	☐ D.M.(Şeker H.)	☐	☐
☐ Kalp Krizi	☐ Ağrı Kuruluşu	☐	☐
☐ Üfürüm	☐ Fazla İdrara Çıkma	☐	☐
☐ Mitral Kalp Prolapsus	☐ Glukom	☐	☐
☐ Aritmi	☐ Hemofili	☐	☐
☐ Hipertansiyon	☐ Hepatit / Karaciğer Hastalığı	☐	☐
☐ Solunum Problemi	☐ Böbrek Hastalığı	☐	☐
☐ Amfizem	☐ Diyare	☐	☐
☐ Bronşit	☐ Gece Terlemesi	☐	☐
☐ Anormal Kanama	☐ Konjenital Kalp Hastalığı	☐	☐
☐ AIDS/HIV	☐ Pacemaker (Kalp Pili)	☐	☐
☐ Anemi	☐ Yapay Kalp Kapakçığı	☐	☐
☐ Artrit	☐ Troid Hastalığı	☐	☐
☐ Romatoid Artrit	☐ Tekrarlayan Enfeksiyon	☐	☐
☐ Hızlı ve Ciddi Kilo Kaybı	☐ Mental Problem	☐	☐
☐ Kanseri / Radyoterapi / Kemoterapi	☐ Kan Nakli	☐	☐
☐ Astım	☐ Osteoporoz	☐	☐
☐ Epilepsi	☐ Seksüel Geçişli Hastalık	☐	☐
☐ Migren	☐ Uyku Bozukluğu	☐	☐
☐ Kan Hastalığı	☐ Mide Ülseri	☐	☐
☐ Beslenme bozukluğu	☐ Maksiller Sinüs Şikayeti	☐	☐
☐ Yaşamınızın Herhangi bir döneminde ateşli romatizma	☐ Nörolojik Problem Tipi	☐	☐
Listede olmayan başka hastalığınız var mı?			

DENTAL ANAMNEZ

Diş fırçası dışında dişlerinizi temizlemek için neler kullanıyorsunuz?

Yazınız:

Diş hekimine hangi sıklıkta gidersiniz?

Yazınız:

Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Yazınız:

Dişlerinizi ne sıklıkta fırçalarsınız?

Yazınız:

	EVET	HAYIR
Tatlı yiyecek ve içecekleri sever misiniz?	☐	☐
Kalem ısırma, parmak emme, dudak ısırma gibi parafonksiyonel alışkanlıklarınız Var mıdır?	☐	☐
Herhangi bir dental tedavi sonrasında ciddi bir problem yaşadınız mı? Evet ise nasıl bir problem yaşadınız?	☐	☐
Yazınız		
Cerrahi müdahale veya yaralanma sonucu kanamanız uzun süre mi?	☐	☐
Yakınlarınızdan dişlerini sallanarak kaybeden var mı?	☐	☐
Ailenizde dişlerini çürüksüz kaybeden var mı?	☐	☐
Dişetlerinizde kanama oluyor mu?	☐	☐
Sabahları kalktığınızda yutkunma güçlüğü çekiyor musunuz?	☐	☐
Dişlerinizde ve dişetlerinizde ağrınız var mı?	☐	☐
Sabahları uyandığınızda çenenizde ağrı oluyor mu?	☐	☐
Yemek yerken çene eklemınızde ağrı oluyor mu?	☐	☐
Sigara kullanıyor musunuz?	☐	☐
Diş sıkma / gıcırdatma alışkanlığınız var mı?	☐	☐

El yazımla doldurduğum bu formdaki bütün bilgiler bana aittir.

İMZA

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Başarılı bir ortodontik tedavi için hastanın kendisine yapılacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Bu nedenle lütfen bu formu ve size verilen notları dikkatle okuyunuz, anlamadığınız konularda hekiminizden bilgi alınız.

Ortodontik açıdan tıbbi durumunuzu, uygulanacak tedaviyi ve tedavinin olası risklerini öğrendikten sonra önerilen tıbbi işlemi kabul etme ya da etmeme hakkına sahipsiniz.

Tedaviyi kabul etmiş olsanız bile ilerleyen dönemlerde, tıbbi yönden sakınca bulunmaması koşuluyla, tedaviden vazgeçme hakkına sahipsiniz.

Size anlatılanlara ilişkin anlamadıklarınız söz konusu ise veya başka sorularınız varsa lütfen formu imzalamadan önce hekiminizle görüşünüz

Bu Aydınlatılmış Onam Formu 1 adet ek olmak üzere toplam 3 sayfa halinde hazırlanmıştır.

Lütfen formda yazan bilgilerin doğru olup olmadığını kontrol ediniz. Bilgiler doğru ise, size anlatılanları anladıysanız ve tedaviyi kabul ediyorsanız lütfen formu imzalayınız

Ben aşağıda imzası olanbelirttiklerim doğrultusunda uygulanacak tedaviye onay veriyorum:
İlişikteki ekte detaylı olarak açıklandığı üzere bu formda ismi belirtilen;

Dr.hastalığının tanısı, bana uygulanacak tedavi yöntemi ve uygulama şekli konusunda beni aydınlattığını, yapılacak olan tedavinin gerekli ve faydalı olduğuna inandığımı,

Tedavinin süresi ve başarı şansı konusunda bilgilendirildiğimi,

Tedavinin riskleri, muhtemel komplikasyonları ve yan etkileri konusunda aydınlatıldığımı,

Tedavi alternatifleri ve uygulanmaması halinde karşılaşılabileceğim durumlar hakkında bilgilendirildiğimi, Bu işlemlerin maliyetinin ne olduğu konusunda bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ederim.

Bu aşamada;

Tedavi için gereken tüm kayıtların alınmasına, doktorumun önerdiği tedavi yönteminin uygulanmasına ve bu sırada gerekli görüldüğü takdirde ek girişimlerde bulunulmasına;

☐ izin veriyorum ☐ izin vermiyorum

Tedavi sırasında meydana gelecek değişiklikler ve ihtiyaca göre tıp ve dişhekimliğinin diğer dalları ile ortaklaşa çalışılabilmesi için

☐ izin veriyorum ☐ izin vermiyorum

Gerektiği durumlarda uygun görülen anestezi yönteminin uygulanmasına

☐ izin veriyorum ☐ izin vermiyorum

Bana uygulanacak girişim sırasında eğitim amaçlı kullanmak üzere fotoğraf çekilebileceği, ara kayıt toplanabileceği anlatıldı

☐ Kimliğimin gizli tutulması ve sadece eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile izin veriyorum

☐ İzin vermiyorum

Hasta ve/veya veliye bilgilendirme amaçlı e-posta ve SMS gönderimi için;

☐ izin veriyorum ☐ izin vermiyorum

HASTA:

Adı- Soyadı:

İmza:

Tarih:

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

VELİ/VASI:

(Hastanın 18 yaşından küçük veya onam verebilecek yeterliliğe sahip olmaması durumunda)

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

HEKİM:

(Hastayı tanısı, önerdiğim tedavi yönteminin türü, uygulanma biçimi, başarı şansı ve süresi, hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda bilgilendirdim ve anlamasını sağladım)

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

GÖRÜŞME TANIĞI:

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

*Tedavi ücreti.....olup söz konusu bu ücrete
ortodontik tedavi dışında yapılacak işlemler dahil değildir.

☐ TEDAVİNİN YAPILMASI İÇİN VERDİĞİM RIZAYI, SAĞLIĞIMI OLUMSUZ ETKİLEYECEK RİSKLERİN FARKINDA OLARAK, KENDİ İSTEĞİMLE GERİ ÇEKİYORUM

AD / SOYAD / İMZA:

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-EK 1

Hastanın klinik durumu hakkında bilgi verilmesi:

Hastanın muayenesi yapıldı, hastaya mevcut olan ortodontik bozukluk hakkında bilgi verildi. Mevcut ortodontik bozukluk ile ilgili tüm tedavi seçenekleri hastaya anlatıldı. Bu seçeneklerden bir tanesinin de hiç ortodontik tedavi görmemek olduğu açıklandı. Hastada mevcut olan ortodontik bozukluğun tedavisi yapılmadığında her hastada farklı sonuçlar meydana gelebileceği, bozukluğun tedavi edilmemesinin bazı hastalarda problem yaratmazken bazı hastalarda daha da kötüye gidebileceği konusunda hasta bilgilendirildi.

Hastaya uygulanacak olan tedavinin açıklanması:

Uygulanacak tedavi planı ve tedavi süresi hastaya açıklandı. Hastanın çene ve yüz yapısının istenmeyen yönde büyüme ve gelişim göstermesi veya hasta işbirliğinde (kooperasyon) eksikliğinin söz konusu olduğu bazı durumlarda tekrar bir değerlendirme yapılarak tedavi planında değişiklik yapılabileceği konusunda hasta bilgilendirildi. Tedavi amacıyla sürekli diş çekimi yapılabileceği açıklandı. Dişlerdeki çapraşıklık ve çeneleri ilgilendiren bozuklukların düzeltildiği aktif tedavi döneminin sonunda hastanın tedavi sonucu ile ilgili memnuniyeti ve yapılan ortodontik tedavi ile ilgili bir sıkıntısı olmadığına teyidi alındıktan sonra yine hastanın onayı alınarak, ortodontik aygıtların çıkartılacağı hastaya anlatıldı. Yapılan tedavinin korunmasını sağlayan pekiştirme dönemi ve bu dönemde uygulanacak yöntemler hakkında hasta bilgilendirildi. Söz konusu bu pekiştirme tedavisinin bir takip dönemi olduğu ve hastaya tedavi başında bildirilen tedavi süresine dahil olmadığı açıklandı. Pekiştirme döneminin vakaya göre değişkenlik göstermekle birlikte bazı vakalarda ömür boyu olabileceği, hastaların pekiştirme döneminde de hekim tarafından verilen pekiştirme aparatlarını kullanması gerektiği açıklandı. Bu aparatların kullanımının aktif tedavi döneminde yapılan tedavinin kalıcılığı için gerekli olduğu aksi durumda aparatlarını kullanmayan hastalarda tedavilerin geriye dönebileceği, elde edilen durumda bozulma görülebileceği ve böyle bir durumda sorumluluğun hastaya ait olacağı anlatıldı. Tedavinin tamamlanmasını takiben hastanın büyüme ve gelişimine bağlı oluşabilecek nüks hakkında bilgi verildi.

Tedavi sırasında kullanılacak ortodontik aygıtlar hakkında bilgi verilmesi:

Hasta uygulanacak ortodontik tedavinin dişler üzerine yapıştırılacak ve tedavi süresince dişler üzerinde kalacak sabit aygıtlar ile yapılacağı konusunda bilgilendirildi. Tedavi amacıyla kullanılan sabit aparatlara ilave olarak hastaya ağız dışından kullanılabilecek aparatlar (enselik, yüz maskesi, çenelik, vb.) ve/veya ağız içerisinde kullanılabilecek ilave aygıtlar (fonksiyonel ortodontik aparatlar, plaklar vs.) verilebileceği açıklandı. Benzer şekilde hastaya tedavi sırasında ağız içerisinde kendisinin takip çıkartacağı lastiklerin kullanılabileceği anlatıldı. Gerekli olduğunda çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidaların kullanılabileceği konusunda hasta bilgilendirildi. Tedavi sırasında kullanılabilecek aparatların resimleri hastaya gösterilerek, örnek model ve broşürler üzerinde detaylı açıklama yapıldı.

Uygulanacak olan tedavinin risk ve yan etkilerinin anlatılması:

Tedavi sırasında ağız bakımına dikkat edilmediği ve iyi fırçalama yapılmadığı durumlarda ağızda bulunan ortodontik aparatlar dişlerde yiyecek artıklarının birikmesine sebep olacağından dişlerde çürümeye ve dişetlerinde iltihaplanmaya sebep olabileceği, benzer şekilde dişeti çekilmesi veya büyümesi meydana gelebileceği konusunda hasta bilgilendirildi. Dişlerin yeterince fırçalanmadığı durumlarda dişlerin üzerinde çürükler, beyaz lekeler oluşabileceğini, mevcut lekelerin diş çürüklerine dönüşebileceği açıklandı. Tedavi süresince belirli dönemlerde dişlerde ağrı ve hassasiyet meydana gelebileceği anlatıldı. Bazı durumlarda kuvvet uygulanan dişlerde hareket meydana gelmeyebileceği (ankiloz) veya başlangıçta hareket eden bir dişte bir süre sonra hareketin görülmeyebileceği anlatıldı. Böyle durumlarda uygulanabilecek alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi verildi. Gömük dişler ile ilgili riskler açıklandı. Bazı dişlerin köklerinde kılma riski olabileceği, dişlerde renk değişikliği meydana gelebileceği (özellikle daha önceden travma geçirmiş dişlerde), bazı durumlarda dişlerde aşın hassasiyet ve normalden daha fazla sallanma görülebileceği, buna bağlı olarak beklenmeyen/planlanmamış diş kaybı riski olduğu konusunda hasta bilgilendirildi. Bazı durumlarda çene eklem bölgesinde ağrı/rahatsızlık olabileceği, şayet tedavi başında eklem bölgesinde ağrı şikayeti mevcut ise; söz konusu eklem ağrısının ortodontik tedavi ile birlikte artabileceği konusunda hasta bilgilendirildi. Çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidalarda meydana gelebilecek komplikasyonlar (uygulama sırasında dişlerin köklerinde oluşabilecek problemler, düşme, kılma, enfeksiyon) açıklandı. Uygulanan aygıtların içeriğinde bulunan materyallere ve doktorun giydiği eldivenlere karşı alejik reaksiyonlar gelişebileceğini açıklandı. Ortodontik tedavi sırasında kullanılan ağız dışı aparatlarla spor yapıldığında; çeşitli kazalar oluşabileceği ve bu aparatların spor yaparken kullanılmaması gerektiği konusunda hasta bilgilendirildi. Kullanılan ortodontik aygıtlarda (bant, braket, tel, lastik vb.) meydana gelen kırılma, kopmalar ve buna bağlı olarak dikkatsizlik sonucu yutulma veya solunum yollarına kaçma riski olduğu açıklandı. Ortodontik aygıtlarla ilgili ortaya çıkan problemin vakit kaybedilmeden doktora bildirilmesi gerektiği konusunda bilgilendirildi.

Tedavi süresi ve tedaviden beklenen sonuç hakkında bilgi verilmesi:

Doktorun bilgi ve becerisini kullanarak tedaviyi en iyi şekilde yaparak hastaya bildirilen sürede tamamlamak için uğraşacağını, bununla birlikte tedavinin başarıyla sonuçlanabilmesi ve taahhüt edilen sürede tamamlanabilmesi için hasta ve ebeveyninin doktorla işbirliği (kooperasyon) yapması gerektiği açıklandı. Hastanın randevulara düzenli gelmemesi, yapıştırılan aparatların sık kopmasına neden olacak sert ve yapışkan gıdalarla beslenmesi, doktor tarafından verilen hareketli aygıtlar takmaması durumunda tedavi süresinin uzayabileceği ve tedavi hedeflerine ulaşamayabileceği anlatıldı. Benzer şekilde dişlere ve çenelere uygulanan kuvvet, hastanın mevcut probleminin şiddeti, bağlı olarak her hastada farklı sonuçlanabileceği, bu sebeple tedavi başarısının değişkenlik gösterebileceği, ve sonuç hakkında herhangi bir teminat veya garanti verilemeyeceği konusunda hasta bilgilendirildi. Hasta işbirliğinde eksiklik (kooperasyon eksikliği) hastanın ağız bakımına dikkat etmemesine bağlı olarak ağız sağlığının kötüye gitmekte olduğu durumlarda düşündüğünde veya uygulanan ortodontik tedaviye bağlı olarak beklenmeyen bir komplikasyon gerçekleştiğinde (örneğin: diş kaybı riskinin ortaya çıkması veya uygulanan ortodontik tedaviye bağlı olarak diş köklerinin boyunda ciddi bir kılma -kök erimesi-meydana gelmesi) doktorun tedaviyi sonlandırma yetkisi olduğu hastaya açıklandı.

Ortodontik tedavi yarıda bırakıldığında probleminin eski haline dönebileceği açıklandı. Kapanış tam olarak sağlanamadığından dolayı dişlerde aşınmalar, çene eklemine sorunlar olabileceği hakkında bilgi verildi.

Yukarıda yazılı bilgiler tarafıma detaylı bir şekilde anlatıldı. Bana anlatılan bu bilgileri anladım ve soru sormama olanak tanıdı.



Hasta Adı ve Soyadı :

Tedavi Bitim Tarihi :

Ortodontik tedavim tamamlanmıştır. Tedavi seyri (tedavi sırasında yapılan işlemler), tedavi sonucunda elde edilen durum hakkında ve bundan sonraki süreç (Pekiştirme Dönemi ve bu dönemde dikkat edilmesi gereken konular) ile ilgili bilgilendirildim. Ortodontik aygıtların (bant, braket, teller) çıkartılmasını kabul ediyorum. Tedavi sonucundan memnunum.

Adı ve Soyadı

İmza



www.dentadent.com.tr

Yüccetarla Cad. Tamburacı Osman Sok. No: 8 34740 Bakırköy/İstanbul
T: 0212 660 56 00 pbx F: 0212 660 56 01
www.dentadent.com.tr - info@dentadent.com.tr