

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL ONAM FORMU

Sayın hasta / yasal temsilcisi, Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili önerilen tıbbi, cerrahi, teşhis için gerekli işlemler ve alternatifleri, faydaları, zararları, riskleri hakkında bilgi sahibi olmak, tamamını, ya da bir kısmını kabul etmek, yapılacak işlemleri istediğiniz zamanda durdurmak hakkına sahipsiniz. Tedaviye başlanmadan önce, kalp, şeker hastalığı, tansiyon ve benzeri sistemik hastalıkların, hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların ve diğer hastalıkların, kullanılan ilaçların, hekiminizle paylaşılması hem kendi güvenliğiniz için hem de hekiminizin tedavi yöntemine karar vermesi ve tedaviyi planlaması için önemlidir. Bu belge, planlanan uygulamalara izin verip vermeme konusunda sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Sayın Hastamız, Aşağıda size verilen bilgileri okuyunuz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size ya da çocuğunuza uygulanacak tedavileri hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Tedavi planlamasının fayda ve risklerini öğrenmek sizin tedavi sonunda memnun olmanızı sağlayacaktır. Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileğiyle.

BİLGİLENDİRME; LOKAL ANESTEZİ:

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla sınırlı uyuşturma uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezi madde (sprey-krem) ile diş eti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuduğunda anestezi sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastalarda alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-6 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle, ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-6 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.

1- RADYOGRAFI:

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf çekilmesi gerekebilir. Çekilen radyograflar:

- Gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (örneğin dişler arasındaki çürüklerin) ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve /veya diğer hasarların görülmesini sağlar.
- Diş eti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir.
- Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar.
- Kanal tedavisinin başarısını artırır.
- İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir.
- Kemik ve yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır.
- Yapılan tedavilerin kontrolünde görünebilirlik sağlar.
- Çocukların ağızdaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

Ağız-diş-çevre dokularını genel bir değerlendirme için panoramik radyograf tüm hastalarımızdan çekilmektedir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal (ağız içi) filmler alınabilir.

Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroid koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

Tedavileriniz esnasında ileri tetkik için biyopsi alınması gerekebilir. Sağlık kuruluşumuzun, düzeninin ve tedavi programının aksaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz.

Beklenmedik gelişmeler doğrultusunda tedavi ve bakım planında ek tedavi gereksinimleri veya değişiklikler olabilir. Bu gibi durumlarda herhangi bir işlem yapılmadan hasta/yasal temsilci bilgilendirilecektir. Tıp ve Diş Hekimliği Biliminin ve eğitiminin gelişmesi amacıyla tedaviler esnasında hasta /yasal temsilciden izinli olarak ağız içi resim ve video görüntüleri alınabilir. Herhangi bir genel sağlık problemi nedeni ile tıp hekiminden konsültasyon istenildiğinde, konsültasyon sonucu ile birlikte randevuya gelinmesi gerekmektedir. Konsültasyon nedeni ile istenen cevabın bir sonraki randevuya getirilmemesi durumunda tedavinin yapılması mümkün değildir. Bu durumda yeni bir randevu verilir. Verilen randevuya tam zamanında gelinmemesi durumunda (15 dakika ve sonrası) tedavi ertelenebilir. Randevulara gelinmeyeceği durumlarda en geç 24 saat önce iptal edilmelidir.

2- DİŞ ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME; Diş hekimlerinin öncelikli amacı, dişin ağızda en uzun süre kalmasını sağlamaktır. Ancak bazı durumlarda hastanın sağlığını korumak amacıyla veya tedavi planlaması gereği diş/dişlerin çekilmesi gerekmektedir. Diş çekimi son seçenektir. Geri dönüşü yoktur ve diş çekimine alternatif bir yöntem bulunmamaktadır. *İleri derecede çürümüş veya çok fazla madde kaybına uğradığı için tedavi şansı kalmamış, *Darbeye bağlı travmalar nedeniyle tedavi edilemeyecek şekilde kırılmış, *Kanal tedavisine yanıt vermemiş, *İleri derecede diş eti iltihabı sonrasında sallanmaya başlamış, *Aşırı konum değişikliğine uğrayıp, diğer dişler için de sorun yaratmaya başlamış veya başlaması muhtemel, *Diş etinin altında gömülü kalmış veya tam çıkmamış, *Ortodonti tedavi planlaması gereği fazlalık olan, *Zamanında düşmemiş süt dişlerinin de, yukarıda belirtilen durumlardaki dişler gibi çekilmesi gerekmektedir. Diş Çekimi; ister zor ister rutin bir çekim olsun cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur.

Her cerrahi işlemde olduğu gibi bazı riskler mevcuttur. Bu riskler aşağıdakilerle sınırlı olmamak üzere şöyle sıralanabilir : 1. Şişlik ve/veya kızamıklık, cerrahi alanda rahatsızlık 2. Ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızamıklık ve çatlama 3. Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi 4. Kuru soket - genellikle yetersiz bakım sebebiyle cerrahiden birkaç gün sonra başlayan çene ağrısı, özellikle yirmi yaş dişleri olmak üzere alt çene çekimlerinde daha sık rastlanır. 5. Özellikle geniş dolgu ve kronların varlığında komşu dişin zarar görmesi,

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL ONAM FORMU

6. Dişetlerinde, dudakta, dilde, dişlerde ve çene ucunda duyu kaybı veya duyu azalması. Özellikle yirmi yaş dişi gibi kökleri sinirlere yakın olan dişlerde görülebilir. Hissizlik çoğu zaman geri döner, geri dönmese 3 ay ile 1 yıl arası değişebilir. Nadir durumlarda kalıcı olabilir. 7. Trismus - iltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıklar. 8. Kanama - şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam edebilir. 9. Çekimden sonra keskin köşeler ve kemik basamakları çekim boşluklarında olabilir. Bunlar genellikle kendiliğinden iyileşir ancak bazı durumlarda yeni bir cerrahi müdahale ile düzeltilirler. 10. Kök parçalarının tam çıkarılmaması (Sinüsler veya sinir gibi önemli durumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir.) 11. Sinüs ilişkisi - Üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir, bu durumlarla özel ilgilenilmesi gerekir. 12. Çene kırıkları - Çok nadir olmakla birlikte zor ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür. Tedavinin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar *Çürük dişler kontakta olduğu komşu dişleri çürüttüğü gibi barındırdığı bakteriler nedeni ile ağızdaki tüm dişlerde çürüklerin gözlenmesine neden olabilmektedir. *İlerlemiş çürük nedeni ile canlılığını kaybetmiş dişlerde diş çürüğü tedavi edilemez boyuttaysa ve diş çekilmezse, enfeksiyon diş köküne ve dolayısı ile çene kemiğine yayılabilir. *Dişetlerinde ve yüzde şişme, lenf bezlerinin şişmesi ve ateş yükselmesi, ilerlemiş diş enfeksiyonunda gözlenen tablolardır. *Bu tür diş enfeksiyonları uzun dönemde kalp, böbrek, eklem ve diğer organ rahatsızlıklarına neden olabileceği bilimsel olarak ispatlanmıştır.

3- DİŞ TAŞI TEMİZLİĞİ – KÖK YÜZEYİ DÜZLEŞTİRME- MUKO-GİNGİVAL CERRAHİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Periodontal hastalıklar, diş etlerinin ve dişlerinin etrafındaki destek dokuların ilerleyici ve yıkıcı iltihabi hastalıklardır. Diş eti kenarı ve altındaki bakteri plağı ve diş taşına karşı vücut bağışıklık sisteminin oluşturduğu iltihabi yanıtla başlarlar, diş eti çekilmesi ve kemik kaybıyla sonuçlanabilirler. Tedavisi, hekiminiz tarafından etken mikroorganizma ve diş taşlarının mekanik olarak uzaklaştırılması ve gerekli görüldüğü takdirde antibiyotik uygulaması ile gerçekleştirilecektir. Periodontal başlangıç tedavisi ile diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemi yapılacağından geçici diş hassasiyeti ve dişlerde sızlama gelişebilir. Ancak bu durum hassasiyet giderici patlar ile cila yapılması, hassasiyet giderici macun kullanımı veya flor jeli uygulaması ile geri döner. Hiçbir şey yapılmasa dahi hassasiyetiniz ortadan kalkacak ya da azalacaktır. Diş yüzeyi temizliği genel sağlığınıza zarar vermez. Periodontal başlangıç tedavisi ile dişler arasında bulunan diş taşları uzaklaştırılacağı için dişlerinin arası açılmış gibi hissedebilirsiniz, dişlerinizde herhangi bir aşınma olmayacaktır. Diş taşları uzaklaştırıldıktan sonra kemik erimesi ve dişeti çekilmesi mevcut dişlerde kemik desteği zayıf olduğu için dişler sallanmaya başlayabilir. Her durumda, dişler sallansa ve kaybedilse dahi diş eti iltihabına ve kemik erimesine sebep olan diş taşları uzaklaştırılmalıdır. Diş taşlarının bırakılması demek patolojinin devam etmesi demektir. Temizlik yapılmasa ve bırakılsa dahi bir süre sonra yine dişler kaybedilecektir. Kök yüzeyi düzleştirme işlemi öncesi lokal anestezi yani sınırlı uyuşturma yapılır. Bu tedavi sırasında çeşitli antibiyotik ve analjeziklerin, anti-septiklerin kullanılması gerekebilir ve bu ilaçların alımı sırasında alkol kullanımının ilaç etkileşimine neden olmamak amacıyla yasaklanması ve dikkat gerektirici işlemlerin yapılmaması gerekebilir. Kullanılan ilaçların yan etkileri olabilir. Herhangi bir ilaca karşı alerjik durumunuz varsa tedavi öncesi hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Kök yüzeyi düzleştirme işleminin genel sağlığınıza zararı yoktur. Ancak işlem çeşitli sistemik veya bölgesel faktörler nedeniyle başarısızlığa uğrayabilir, tekrarlanmak zorunda kalınabilir. Periodontal başlangıç tedavisi sonrası cerrahi tedaviye geçilebilir. Yapılan tedavinin başarıya ulaşması için size düşen sorumluluklar da vardır. Yapılan tedavi sonrası hekiminizin anlattığı şekilde ağız bakımı yapmanız çok önemlidir. Etkisiz bir ağız bakımı, yapılan tedavinin başarısızlığına yol açabilir. Tedavi sonrasında hekiminiz size belli zaman aralıklarıyla kontrol randevuları verecektir. Kontrol randevularınıza gelmeniz gerekmektedir.

Muko-gingival cerrahinin amacı; diş eti kenarını yanak ve dudak hareketlerinden koruyan, diş eti çekilmesini önleyen kemiğe sıkıca bağlı yapışık dişeti yüksekliğinin azaldığı durumlarda diş eti yüksekliğini arttırmak ve eğer mümkünse kök yüzeyini örtmeye çalışmaktır. Her klinik durumda kök yüzeyi örtme mümkün değildir. Anatomi ve bölgesel faktörler tamamen uygunsa sağlanabilir. Yapışık diş eti yüksekliğinin artırılması veya kök yüzeyi örtme amacıyla hekiminiz damak bölgesinden uygun genişlik ve derinlikte diş eti grefti alabilir. Bu işlem, hekiminizin kararıyla diş kaynaklı materyaller ile de gerçekleştirilebilir. Dokunun sizden alınması durumunda iki adet yara yüzeyiniz olacaktır. Bazı durumlarda verici bölgede yara iyileşmesi gecikebilir, bu dönemde beslenme zorluğu yaşanabilir. Alıcı bölgede greftin (damağınızdan alınan doku parçasının) yeterli beslenemediği durumlarda işlem başarısız olabilir. İşlem sonrası her iki yüzeyden de kanama gelişebilir. Damak bölgesindeki kanama; makul düzeyde bası, temiz gaz tamponlar ile yeterli süre uygulandığında duracaktır. Alıcı bölgede kanama durumunda ise hekimle iletişime geçmelisiniz. Ameliyat bölgesinin sizin tarafınızdan iyi bakılması, ameliyat bölgesine konulan koruyucu patin düşmemesi, bölgeyi hareketsiz bırakmanız ve ilaçlarınızı kullanmak sizin sorumluluğunuzdadır. Her zaman kök yüzeyi örtme amaçlanmaz, çünkü mümkün değildir. Mukogingival cerrahi işlem öncesi lokal anestezi yani sınırlı uyuşturma yapılır. Bu tedavi sırasında çeşitli antibiyotik ve analjeziklerin, antiseptiklerin kullanılması gerekebilir ve bu ilaçların alımı sırasında alkol kullanımının ilaç etkileşimine neden olmamak amacıyla yasaklanması ve dikkat gerektirici işlemlerin yapılmaması gerekebilir. Kullanılan ilaçların yan etkileri olabilir. Herhangi bir ilaca karşı alerjik durumunuz varsa tedavi öncesi hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Ancak, işlem çeşitli sistemik ve lokal faktörlere bağlı olarak tekrarlanmak zorunda kalınabilir ya da başarısız olabilir. Tedavinin başarısının artırılmasında size düşen sorumluluklar vardır. Bunun için hekiminizin önereceği şekilde iyi ağız bakımı yapmanız ve periyodik kontrollere gelmeniz gerekmektedir. Mukogingival cerrahinin genel sağlığınıza zararı yoktur. Cerrahi işlemler sonrası iyileşme döneminde sigara içmemeniz önemlidir. İyileşme dönemi sonrasında da günde 5 adetten fazla sigara içmemeniz önerilir. Aksi takdirde cerrahi tedavilerin başarısızlığa uğrama riski vardır.

4- ENDODONTİK TEDAVİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

BİLGİLENDİRME; Kanal tedavisinin dişin çekilmeden kurtarılması için yapılan bir işlemdir. Kanal tedavisinin çok başarılı klinik çalışması olmasına rağmen, biyolojik bir işlem olması nedeniyle hiçbir zaman garantisi verilmeyen bir tedavidir. Tedavi sırasında kök kanalı içerisinde kullanılan küçük aletlerin çok az da olsa kırılma olasılığı bulunmaktadır ve bu durumun tedavinin başarısını olumsuz etkileyebilmektedir. Tedavi sonrası bazı dişlerde dikey ya da oblik kırık gelişebilir, özellikle de periapikal lezyonlu dişlerde, kanal tedavisi yapıldıktan sonra iyileşme olmazsa kanal tedavisinin tekrarı, cerrahi girişim ve bazen diş çekiminin zorunlu olabileceği konusunda sizi bilgilendirmek isteriz. Kanal dolgusundan sonra yapılacak sürekli restorasyon (dolgu, kuron ve köprü) gibi işlemlerin ayrı bir ücrete tabi olduğu ve üst restorasyonun en kısa zamanda yapılabilmesi için randevu almanız gerektiğini hatırlatırız.

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL ONAM FORMU

5- RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ve BEYAZLATMA HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

BİLGİLENDİRME; Dolgular hastalıklı dişleri tedavi etmek için yapılır ve küçük bir ihtimalle bu dişlerin tedavileri sırasında ya da sonrasında kanal tedavisi yapılması gerekebilir Dolguların olabilecek en yakın komplikasyonları; • Ağrı • Yemek yeme sırasında ve/veya ısı değişikliklerinde meydana gelebilecek duyarlılık • Dolgu yapılırken veya yapıldıktan sonra dişin kırılması • Diğer dişlere zarar verilmesi • Çene eklemi rahatsızlıkları • İlaçlara ve/veya anestezi maddelere reaksiyon. Bazı dişler basit bir dolgudan sonra dahi kanal tedavisine ihtiyaç duyabilir. Kanal tedavisi de her durumda yapılamayabilir. Bu durum çekimini gerektirebilir. Bu risk size öncesinde anlatılacaktır. Dolgu yapıldığı sırada veya yapıldıktan sonra olabilecek komplikasyonları öğrendim. Amalgam dolguların sağlık açısından değiştirilmesinin yararı olmadığı tarafıma anlatıldı. Beyazlatma işleminin sonuçlarının garanti olmadığı ve olumsuz sonuçları olabileceği bildirildi.

6- DENTAL İMPLANT BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

BİLGİLENDİRME; Dental implantlar, eksik dişlerin fonksiyon ve estetiğini tekrar sağlamak amacıyla çene kemiğine yerleştirilen ve uygun malzemeden yapılan yapay diş kökleridir. Dental implantlar; tek diş eksikliğinin komşu sağlam dişlere dokunulmadan giderilmesinde, birden fazla diş eksikliğinin, takılıp çıkarılan protezler yerine, implantlar yardımı ile sabit köprüler yapılarak giderilmesinde, tam dişsizlik durumunda takılıp çıkarılan tam protezler yerine sabit protezler yapılabilmesine, her türlü dişsizliğin ve eksik fonksiyonların giderilmesinde rahatlıkla uygulanır. *İmplantın üzerine yerleştirilen kapatma vidalarında gevşeme veya düşme olabilir. *Bazı durumlarda, implantın iyileşmesinde gecikme ya da iyileşmemesi durumlarında, implantın çıkarılıp yenisinin yerleştirilmesi gerekebilir. *İmplant tedavisinin protez aşamasında abutment (dayanak) için ilave ücret ödenmesi gerekebilir. *İmplant sonrası protez yapımı için ortalama 3 ay, implantlarla kemik arasında bağ oluşması amacıyla beklenir. Eğer operasyon öncesi veya sonrası kemik grefti uygulandı ise bu süre uzayabilir. Bu süreçte hastaya geçici protezler kullanılır. *Geçici protez yapımı içinse 7-10 gün yumuşak dokuların iyileşmesi beklenir. İmplant uygulamalarında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonları gelişebilir. * İmplant uygulaması yapılmadan dişsiz boşluklar başka protetik yöntemlerle restore edilebilir. * İmplant uygulandıktan sonra ortalama 12 saat aralıklı buz tatbiki uygulanmalıdır. Yazılan ilaçlar kullanılmalı, özellikle dikişler alınana kadar sigaradan uzak durulmalıdır. Bütün cerrahi işlemlerde olduğu gibi, genel sağlık durumu implant cerrahisinin başarısını yakından ilgilendirmektedir. Cerrahi işlem sırasında ve sonrasında anestezi ve yapılan cerrahi işleme bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar; *Operasyon sonrasında ağrı ve şişlik ve ciltte renk değişikliği gibi rahatsızlıklar *Çeşitli derecelerde kanama **Enfeksiyon *Ağız köşelerinin ekartörle çekilmesi sonrası çatlak ve kızamık *Birkaç gün ağız açmada kısıtlılık. Çene eklemde mevcut bir şikayet varsa artabilir, * İmplant yapılan bölgedeki anatomik yapılarda zedelenme. Buna bağlı olarak alt dudakta kalıcı ya da geçici uyuşukluk, üst çenede sinüslerin açılması Bunun için ek tedavi gerekecektir. *İmplant işlemi için gerekli olduğunda, kemik alınan bölgede ağrı hassasiyet , enfeksiyon gelişebilir. Herhangi bir genel sağlık problemi nedeni ile tıp hekiminden konsültasyon istenildiğinde, konsültasyon sonucu ile birlikte randevuya gelinmesi gerekmektedir. Konsültasyon nedeni ile istenen cevabın bir sonraki randevuya getirilmemesi durumunda tedavinin yapılması mümkün değildir. Bu durumda yeni bir randevu verilir.

Yapılacak her türlü tıbbi görüntüleme işlemine, herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekimime bildireceğimi ve hekimimin bu konuda yapacağı konsültasyon işlemlerini kabul ediyorum. Hamile isem, doktorlara ve röntgen teknisyenlerine hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum. Radyografi alınmasını kabul etmeme hakkım olduğumu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi/hastanın velisi, dişhekimisi tarafından hastalığın teşhisi, tedavi planı ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim. Bana önerilen tedavileri kabul ettim. Şüpheli tedavilerde planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavilerimle ya da çocuğumun/..... tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve diyet önerilerine uymam gerektiği anlatıldı, kabul ettim. Benim/çocuğumun/..... vazgeçmemiz gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirmem ve bana/çocuğuma/..... yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanmam gerekliliği anlatıldı ve kabul ettim. Bana/çocuğuma/..... uygulanacak tedavilerin uzun süreli garanti edilemeyeceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedaviyi kabul ettikten sonra bana/çocuğuma/..... ait bilgi, radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını kabul edip izin verdim. Tedavim sırasında kişisel eşyalarımın(para, mücevher, takı, giyecek, cep telefonu vb.) sorumluluğu ve güvenliğinin bana ait olduğu bildirildi, anladım ve kabul ettim. Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana/çocuğuma/..... anlaşılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim. Hasta haklarıyla ilgili olarak bilgilendirildi.

ONAM

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum.
Yapılacak uygulamanın amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Tedavi yöntemlerine ilişkin her türlü soru sorabilme fırsatı verildi ve sorduğum sorulara beni tatmin edecek cevaplar aldım.
Kendi rızamla tedavime ait gerekli her türlü tıbbi müdahalenin yapılması ve gerekli ilaçları kullanmak üzere onay veriyorum.

Hastanın Protokol Numarası:

Hastanın;	veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*
Ad Soyad:	Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:
Tel:	Tel:
Adres:.....	Adres:.....
İmza:	İmza:

HEKİM

İsmi yazılı olan hasta /yasal temsilci sine tarafımdan teşhis, yapılacak işlem **Hekim**
ve nedeni, faydaları, işlem sonrası bakım, beklenen riskler, işlemi için gerekli ise **Adı Soyadı :**
uygulanacak anestezi tipi, anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda ye- **İmza :**
terli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta /yasal temsilcisi, girişime yönelik **Tarih :**
yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalarak onaylamıştır. **Saat :**

* Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır