

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 sahiptir. Tedaviye başlanmadan önce, kalp, şeker hastalığı, tansiyon ve benzeri sistemik hastalıkların, hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların ve diğer hastalıkların, kullanılan ilaçların, hekiminizle paylaşılması hem kendi güvenliğinizi 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 dileyiyle.

BİLGİLENDİRME; LOKAL ANESTEZİ:

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla sınırlı uyuşturma uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey-krem) ile diş eti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuşturduğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastalarda alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kana, 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- RADYOGRAFİ:

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

- 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 izni 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- KURON VE KÖPRÜ PROTEZLERİ İLE HASTANIN KULLANMAKTA OLDUĞU KURON-KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖ-KÜLMESİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME; TEDAVİ İHTİYACINIZIN BELİRLENMESİ

Sabit protez (kuron-köprü, inlay-onlay dolgu, laminate veneer) gereksinimi aşağıdaki bir ya da birkaç nedenden kaynaklanabilir. Kuron Endikasyonları: * Kanal tedavisi yapılmış olan dişlerin ileride kırılmasını önlemek için koruyucu olarak * Dişinizdeki görünmeyen çatlaklar yüzünden duyduğunuz aşırı hassasiyetin giderilmesi için * Tek diş eksiklerinde implant uygulamasını takiben * Kırılmış diş yada dolgularda * Dişte aşırı aşınma varlığında * Kozmetik ve estetik amaçlar (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan) * Karşıt çene ile uyumlayan kapanış nedeni ile çiğnemede duyulan yetersizlik * Fonksiyon dışı alışkanlıklardan dolayı aşınmış dişlerde (kalem ısırma, tırnak yeme vb.) * Hareketli protezlerle kroşe gelmesi planlanan dişlere * Kaza sonucu oluşan kırıklarda Kuron: Doğal dişe en yakın biçimde form ve fonksiyonun sağlanması için yapılır. Dolgu ile tedavi edilemeyecek dişlerde uygulanan tedaviler ve diştin bir miktar dokunun uzaklaştırılması gerekmektedir. Eğer çürük ve travma vb. sonucunda yeterli olmayan miktarda diş dokusu kalmışsa kuron için yeterli destek sağlamak amacı ile tedaviden önce dişe dolgu yapılması gerekli olabilir. Bazen diş kökünden de destek amaçlı yaralanmak gerekebilir (post-core). Kuron protezi taşıyacağı dişe yapıştırılarak sabitlenir. Köprü Endikasyonları: * Köprü protezleri, kaybedilmiş dişlerin yerine konması (bunun için dişsiz bölgeye komşu en az iki diş gelmesi gerekir) * Hassas bağlantılı protezlerde bağlantı için * Çiğneme yükünü her diş üzerine yaymak amacı ile oklüzyon tedavisinde * İmplant yerleştirilmesini takiben * Diş eksikliklerinin giderilmesinde yeterli sayıda diş veya implant varlığında uygulanır. Köprü: Çekilen bir dişin yerine yapay diş konması için yapıştırılan seri kurondur. Bir köprü dişsiz bölgeye komşu olan en az iki dişin veya implantın kaplanması gerekir. Doğal ve sağlam dişlerinin kaplanması istemeyen hastalar için köprüye alternatif olarak, takılıp çıkarılan protez ya da eğer vaka uygun ise implant destekli kuronlar önerilebilir. Köprüler kuronlarla benzer meteryallerden yapılır. Klasik metal seramik köprülerde diştin çepeçevre/dişin her yüzeyinden olmak üzere 1,2 ile 2mm arasında aşındırma yapılır. Kuron ve köprü protezi aşağıdaki şekillerde yapılabilir: Tüm porselen: Kuronlar ışık kırılabilirliği ve görünümü doğal dişe en yakın olmalıdır. Metal içermediğinden metal alerjisi gelişmez. Ancak tedavinin maliyetini etkiler. Tam metal: Destek diş kaybı çok fazla olduğunda yapılır. Metal porselen: Metal altyapı üzerine porselen kaplanır. Görünen yüzde metal yoktur ancak bazen damak tarafında diştine yakın bölgelerde metal bir şerit görülebilir. 1. Sayfa 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 sahiptir. Tedaviye başlanmadan önce, kalp, şeker hastalığı, tansiyon ve benzeri sistemik hastalıkların, hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların ve diğer hastalıkların, kullanılan ilaçların, hekiminizle paylaşılması hem kendi güvenliğinizi 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.

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL ONAM FORMU

3- KURON ve KÖPRÜ PROTEZLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

Tarih: / / 1. Birinci randevuda destek dişlerin hazırlanması, ölçülerin alınması ve geçici kuronların yapılması işlemleri gerçekleştirilir. Geçici kuronların tedavisi süresince ağızda kalması esastır, düşmesi durumunda hekiminizi arayınız aksi takdirde destek diş hareket edebilir ve daimi restorasyonun uyumu zorlaşır. 2. İkinci randevu birinci randevudan 4 ile 6 gün arasında değişen bir zaman aralığından sonra gerçekleştirilir. Bu randevuda altyapı materyalinin provası ve renk seçimi yapılır. 3. Üçüncü randevu ikinci randevudan 4-6 gün sonra yapılır. Renk, form, boyut provası yapılır ve hastadan renk, boyut, uyum onam istenir. Hastanın onayı alındıktan sonra protez yapıştırılır. Kuron ve köprülerin kabul gören uluslararası ömrü 7 yıldır. Ancak, kişisel bakım, düzenli hekim kontrolü ile bu süre değişebilir. Porselen inlay ve onlaylar: Diş rengi, şekil ve formunda dişin içine ya da üzerine özel adeziv ve diş renginde yapıştırıcılarla yapıştırılan ve laboratuvarında hazırlanan porselen dolgulardır. Porselen lamine veneerler: Porselen veneer, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan ve genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı, porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla kullanılır. Dişin ön yüzünde dişin mine tabakasından 1 mm den daha az madde kaldırılır. Laboratuvarında hazırlanan veneerler provadan sonra, hasta kabul onayı alınarak dişe yapıştırılır. Bununla birlikte, kuron ve köprü protezlerinin yapım işlemlerinin birtakım riskleri de beraberinde getirebilir. • Dişlerin kesilmesi çürüyen yada kırılan dişin yerine konması için dişlerin küçültülmesi gerekir. • Dişlerde hassasiyet sıklıkla kesilmesinden kuron yada köprünün yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişler hassasiyet gösterebilir. Kısa bir süre içerisinde bu hassasiyet geçebilir. • Kaplanacak dişe kanal tedavisi uygulamak gerekebilir. • Kuron yada köprü protezinde çatlama ve kırılmalar oluşabilir. Bu durum sert gıdaların farklı çiğneme kuvvetlerinden ve aşırı diş sıkma-gıcırdatma gibi nedenlerden kaynaklanabilir. • Hastanın ağız içindeki dil ve yanak gibi dokularının yeni yapılan dişlere alışması için bir süre geçmesi gereklidir. Bu süre hastaya göre farklılık gösterir. • Estetik görünüm: Son yapıştırma işleminden önce hasta protezinin kabul edilebilir görünümünde olduğunu onaylamalıdır. Hastaya ancak kabul edilen protez uygulanabilir. Bu durum hasta kartına işlenir.

BİLGİLENDİRME; Kullanmakta olduğunuz kuron / köprü protezinin bir takım sebeplerden dolayı çıkarılması gerekmektedir. Sabit proteziniz, çıkarılması esnasında zarar görebilir, yada protezi taşıyan dişlerinize zarar vermemek için hekiminiz tarafından kesilerek çıkarılması gerekebilir. Gerekli tedaviler esnasında (endodontik ve periodontal) geçici protezlerin yapılması gerekebilir ve her diş için belirli bir maliyet getirebilir. Kullanmakta olduğunuz sabit restorasyonun sökülmesi ile kanal tedavilerinizin, dişeti tedavilerinizin ve gerekli durumda dişlerinizin çekilmesi mümkün olabilecektir. Tedavi yöntemine karar vermeden uygun bir süre düşünebilir, önerilen tedavi yöntemleri arasından seçim yapabilirsiniz.

4- TAM PROTEZLER İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME; Uygulanacak olan "Tam Protez" yapay bir organdır, hiçbir zaman kendi dişleriniz gibi işlev görmeyecektir. • Tam protezler bütün dişlerin kaybedildiği durumlarda yapılır. • Tam protez yapımı ile; kaybedilen fonksiyon, estetik ile birlikte konuşmadaki güçlükler ve kalan dokuların bütünlüğünün korunması sağlanır. • Tam protezlerde protezin ağızda TAMAMEN sabit olması mümkün değildir. • İlk kez tam protez kullanan hastalarda aşağıdaki sorunlarla ilk bir ay içerisinde sıklıkla karşı karşıya kalınır; 1. Özellikle alt protezin aşırı hareket etmesi: Dili oluşturan kaslar, ağız tabanının ve çenelerin hareketliliği, protezin yerinden oynamasına neden olur. İlk bir ay sonunda hastanın dili ve yanaklarını koordineli olarak kullanmasını öğrendikten sonra bu şikayetlerde bir miktar azalma olur. 2. Protezin altına yiyecek artıkları birikmesi 3. Konuşmada zorluk 4. Protez kenarlarında oluşan "protez vurukları": kontrol randevularında hekimin yapacağı bir takım düzeltmelerle giderilebilen şikayetlerdir. 5. Besinlerin tadını almadaki yetersizlik : Psikolojik olarak oluşan bu problem ilk bir ay içerisinde kaybolur. Tam protez yapımı aşağıdaki seanslardan oluşur ve en az aşağıda belirtilen seanslar kadar kliniğimize gelmeniz gerekmektedir. 1. Ölçü 2. Ölçü 3. Prova : Kapanış provası 4. Prova : Dişlerin kontrolünün yapıldığı prova, bu seansta hasta ve yakınlarından dişlerin rengi, boyutu, düzeni konusunda imzalı onam formu alınır. 5. Protezin hastaya teslimi 6. Kontrol Tam protezlerde protezin hastaya tesliminden sonra protezden kaynaklı ağrılı bölgeler oluşabilir. Sorumlu hekimin müdahalesi ile bu sorun kontrol randevularında çözülür. Bu gibi problemler oluştuğunda ya da kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde bir azalma gözlenmediğinde gerekli bakıma ulaşmak hastanın sorumluluğundadır.

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.

5- PARŞİYEL PROTEZLER İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU:

BİLGİLENDİRME; Parsiyel protezler dişlerin bir kısmının kaybedildiği ve sabit protezlerin uygulanamayacağı durumlarda yapılır. Parsiyel protezlerde, protezin tutuculuğu doğal dişlere uygulanan kroşelerle (metal) sağlanır. Bu yüzden ön bölgelerde bir kısım metal görülebilir. Estetik sorun oluşturabilir. Parsiyel Protez kullanımında pek çok etken başarısızlığa neden olabilir. Bunlar; • Parsiyel protezlerin destek aldığı doğal dişlerde hassasiyet, ağrı ve hareketliliğinde artma olabilir. • Bağlantı ve kroşelerin bulunduğu destek dişlerde çürükler ve kroşe altlarında aşınmalar oluşabilir. • Destek dişin doku desteğindeki yetersizlik. Protezde Kırılma: Protezlerin yapılmasında kullanılması gerekli olan materyalden dolayı protez kusurlu olmasa bile kırılmalar oluşabilir. Aşağıda yer alan maddelerdeki faktörlerden dolayı oluşabilecek çatlamlar zamanla ilerleyerek kırılmalara neden olabilir. Kırığa neden olan bu faktörler; • Aşırı sert gıdalar • Dişeti dokusundaki zamana bağlı oluşan küçülmeler proteze aşırı ve kontrolsüz basınç gelmesi Protez gevşemesi: Tam protezler normal olarak zaman içerisinde destek dokusundaki değişimlere bağlı olarak gevşeyebilir. Protez gevşediğinde besleme yapmak gerekebilir ve bu işlemin maddi bir bedeli vardır. Parsiyel protezlerde gevşeme tam protezlerdeki nedenlere ilave olarak kroşe veya diğer tutucu elemanların gevşemesine ya da aşınmasına bağlı olarak gelişebilir. Protez materyaline karşı alerji: Sık rastlanmaması birlikte ağız dokuları protezin yapıldığı materyallere karşı allerjik reaksiyonlar gösterebilir. Destek diş ya da dokularda oluşabilen problemler: Parsiyel protezlere destek olan doğal dişler çürük nedeni ile kırılabilir, aşırı yük alabilir ya da destek kemik zarar görebilir ve bunun sonucunda dişin çekimi gerekebilir. Destek diş ya da kemik dokusundaki bu yetersizlik zayıf diş ya da genel sağlığa bağlı olabilir. Estetik; Parsiyel protezlerde, protezin tutuculuğu doğal dişlere uygulanan kroşelerle (metal) sağlanır. Bu yüzden ön bölgelerde bir kısım metal görülebilir. Estetik sorun oluşturabilir. Parsiyel protezlerde protezin hastaya tesliminden sonra protezden kaynaklı ağrılı bölgeler oluşabilir. Sorumlu hekimin müdahalesi ile bu sorun kontrol randevularında çözülür. Bu gibi problemler oluştuğunda ya da kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde bir azalma gözlenmediğinde gerekli bakıma ulaşmak hastanın sorumluluğundadır.

GENEL BİLGİLENDİRME VE GENEL ONAM FORMU

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. Radyograf alınmasını kabul etmeme hakkımın olduğunu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyorum ve kabul ediyorum.

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi/hastanın velisi, dişhekimisi tarafından hastalığının 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/..... anlatılan 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;

Ad Soyad:
Tel:
Adres:
İmza:

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:
Tel:
Adres:
İmza:

HEKİM

İsmi yazılı olan hasta /yasal temsilci sine tarafımdan teşhis, yapılacak işlem ve nedeni, faydaları, işlem sonrası bakım, beklenen riskler, işlemi için gerekli ise uygulanacak anestezi tipi, anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta /yasal temsilcisi, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Hekim
Adı Soyadı :
İmza :
Tarih :
Saat :

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