

PEDODONTİ BİLGİLENDİRME FORMU

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.

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla sınırlı uyuşturma uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezi (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuşturduğunda 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 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle, ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.

Tedavileriniz esnasında ileri tetkik için biyopsi alınması gerekebilir.

Sağlık kuruluşumuzun, düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Geç kalmanız durumunda (15 dakika ve sonrası) tedaviniz ertelenebilir. Gecikmeniz durumunda, bir sonraki hastanın randevu süresini engellemiş olur, gelmemeniz durumunda ise, başka hastaların haklarını almış olacağınız için, randevularınıza gelemeyeceğiniz durumlarda en geç 24 saat önce iptal etmenizi rica ederiz.

Herhangi bir genel sağlık problemi nedeni ile tıp hekiminizden konsültasyon istendiğinde, konsültasyon sonucu ile birlikte size verilen randevuya gelmeniz gerekmektedir. Konsültasyon nedeni ile sizden istenen cevabı bir sonraki randevuya getirmemeniz durumunda tedavinizin yapılması mümkün değildir. Ve yeni bir randevu verilecektir.

Hastanın;	veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*
Ad Soyad:	Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:

PEDODONTİ ONAM FORMU

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.

Benim/ çocuğumun /..... mevcut sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçları ve genel sağlık durumlarıyla ilgili olarak hekimleri bilgilendirmem gerektiği, herhangi bir konuyu saklamam veya beyan etmememden kaynaklanacak sorumluluğun bana ait olduğunu anladım ve kabul ettim.

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 yerterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Hekim

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih :

Saat :