|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bu onam formu, uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak için size imzalatılmaktadır.  Bu onam formunun kapsamı dahilinde tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.) varsa bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, alerjilerini, varsa radyoterapi gördüğünü, varsa gebelik durumunu hekimiyle paylaşması zorunludur. Hekim, gerekli gördüğü taktirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir. Diş tedaviniz sürerken ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızca bilgilendirmeniz sağlanacaktır.  Tıbbi uygulama gereğince yapılmış olması hali dahil, uygulanan tedavilerle ilgili tam bir memnuniyet sözü veya garanti verilmemiştir. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma ihtiyaç duymanız durumunda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.  **Sorumlular :** Tedavin yapıldığı gün klinik nöbetçisi olan öğretim üyesi  Tedaviyi yapan araştırma görevlisi  **İşlemin kimin tarafından yapılacağı:** Uygulama diş hekimi tarafından yapılacaktır.  **İşlemin yapılacağı yer:** Klinik  **Dişe beyazlatma işlemi yapılmadığı takdirde:** dişteki mevcut renklenme devam edecektir.  **İşlem riskleri ve komplikasyonları:** işlem esnasında veya sonrasında hassasiyet oluşabilir veya işlem sonrasında tekrar renklenme oluşabilir.  **İşlemin tahmini süresi:** Post ve kor uygulamasının süresi hangi diş olduğuna göre o esnada hekim  tarafından belirlenir. Ortalama süre 30-60 dk.’dır.  **İşlemin alternatifi:** Evde ağartma işlemi uygulanabilir.  **İşlemden beklenen faydalar:** Estetiğin geri kazandırılması.  **İşlemin uygulanmaması durumunda (reddetme) karşılaşabilecek sonuçlar:** herhangi bir karşılaşılabilecek bir durum yoktur.  **Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:** Kullanılacak olan beyazlatma ajanına karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.  **Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri:**  **Beyazlatmadan sonra:**  Ağız hijyenine dikkat edilmeli, dişler fırçalanmalıdır.  **Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği:** Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla karşılaşırsanız, kendi klinik hekiminize ya da anabilim dalımız hasta kabul birimine başvurabilirsiniz. TEŞHİS VE PLANLANAN TEDAVİLER  |  |  | | --- | --- | | 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 | | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 | | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 | | 85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 |   **Anamnez**   1. Daha önce diş hekiminize gittiniz mi? Evet ( ) Hayır ( ) 2. Daha önceki diş tedavilerinizde herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştınız mı?   Evet ( ) Hayır ( )   1. Daha önce herhangi bir kronik ( uzun süredir devam eden ) hastalığınız var mı?   ( ) Kalp Hastalığı ( ) Diabet (Şeker Hastalığı)  ( ) Hiper Tansiyon ( ) Epilepsi  ( ) Kanama Problemi ( ) Alerji  ( ) Böbrek veya Karaciğer Hastalığı ( ) Astım  ( ) Hepatit A-B-C vb. Viral Hastalık ( ) Tiroid (Guatr)  ( ) DİĞER  Ben………………………………………………………………………………………tedavimi yapacak hekime kendi genel sağlığım, kullandığım ilaçlar veözel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi, bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek muhtemel yan etkiler hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirildiğimi ve bu tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşabileceğim tıbbi sorunların detaylı olarak anlatıldığını ifade ederim. Tüm bu şartlar altında doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyor ve onaylıyorum. Yukarıda bahsedilen diş tedavisini durdurma veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı kliniklerinde yapılmasını kabul ediyorum.  Yukarıda yazılanları okuduğumu, bilgilendirmenin tarafıma makul bir süre verilerek yapıldığını, onam formunun bir nüshasının tarafıma verildiğini, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, kabul ediyor ve doktorum tarafından tıbben gerekli görüldüğü taktirde ek girişimde bulunulmasını ya da konsültasyon amaçlı olarak gerektiğinde bilgilerimin başka bir hekimle paylaşılmasını onaylıyorum. HASTA SİZ İSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZ İLE OKUYUP ANLADIĞINIZI VE BİR NÜSHASINI ELDEN ALDIĞINIZI YAZINIZ.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………….HASTANIN YASAL VASİSİ İSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZ İLE VEKİLİ OLDUĞUNUZ HASTA ADINA OKUYUP ANLADIĞINIZI VE BİR NÜSHASINI ELDEN ALDIĞINIZI YAZINIZ. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Hasta; | Bilgilendirmeyi yapan hekim; | Hastanın yasal temsilcisi; | Şahit/Tercüman; | | Adı Soyadı | Adı Soyadı | Adı Soyadı | Adı Soyadı | | Tarih: …./…./20.. | Girişimsel işlem saati: | Yakınlık derecesi: | İmza | | İmza | İmza | İmza |  | |