|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hasta Adı Soyadı: Tarih:…./…./20..  Doğum Yılı:  Sayın Hastamız/ Hasta Yakınımız,  Hastalığınız ve hastalığınızın tanı ve tedavisi için size önerilen işlem ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme razı göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde ağız sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve Tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İstediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak yasal açıdan bu hakkınız ‘’tıbbi yönden bir sakıncası bulunmaması’’ şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.  -Diş hekimi/sorumlu sağlık personeli tarafından ağız sağlığının durumu hakkında bilgilendirildim.  -Ağız, diş ve çene hastalıklarının teşhisi için uygulanması gereken klinik ve radyolojik muayene yöntemleri konusunda bilgi aldım.  -Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı.  -Bu tanı, tedavi işlemini reddettiğim zaman ağız sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceğini bu tanı/tedavi yerine uygulanabilecek başka bir uygulamanın bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.  -Bu tanı/tedavi yöntemlerinin olasılığı ve ek tedavi yöntemi gerektirebilecek durumlar hakkında bilgilendirildim.  -Diş hekiminin tanı/tedavi esnasında gerekirse diğer hekimlerden konsültasyon isteyebileceği ve tedavi sürecine katılabileceği, eğitim amaçlı olarak öğretim üye ve elemanlarının yanı sıra diş hekimliği stajyer öğrencilerinin, öğretim üye ve elemanlarının denetiminde tedavi sürecinde yer alabileceği, eğitim ve bilimsel amaçlı olarak kimlik bilgileri gizli tutularak kimlik fotoğraflarının çekilebileceği ve kimlik verilerin, tanı, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği bana açıklandı.  -Dr/Stj.Dt……………………………………………………………………………………ın yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniğinde klinik ve radyolojik muayene yöntemlerinin üzerimde/, vekil olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine izin veriyorum.  -Kronik hastalıklarım şunlardır:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  -Bu hastalıklar için……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ilaçları kullanmaktayım.  -Bayan hastalar için: hamilelik durumunu ve ihtimalimi bildirdiğimi beyan ederim.  Not:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Adı, Soyadı | imza | | Hasta veya Yasal Temsilcisi |  |  | | Tanık |  |  | | Tercüman |  |  | | Sorumlu Sağlık Personeli |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   \*Yasal temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne/baba bunların bulunmadığı durumlarda birinci derece kanuni mirasçılar. |