|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 amacıyla 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 paylaşılması gereklidir, 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 görevlisiTedavi hakkında genel bilgiDiş Hekimliğinde İndirekt Restorasyonlar Aşırı Madde Kaybı Olan Dişlerde Dişin Ağız İçerisinde Uzun Süre Kaması Amacıyla Ve Direkt Restorasyonların Bazı Dezavantajlarını Elimine Etmek Amacıyla Kullanılır**\*İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı:** Uygulama Diş Hekimi Tarafından Restoratif Diş Tedavisi Kliniğinde Yapılacaktır **\* İndirekt Tedaviler Gerektiği Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Taktirde:**Diş Üzerine Kuvvet Geldikçe Kırılma Riski Artacaktır.**\*İşlem Riskleri Ve Komplikasyonları:** Kullanılan Dental Materyallere Karşı Alerjik Reaksiyon Gelişebilir.**\*İşlemin Tahmini Süresi:** İşlemin Tahmini Süresi Yaklaşık Olarak 7 Gündür **\*İşlemin Alternatifi:** Restoratif Materyaller İle Dolgu Uygulaması Veya Kron Kaplama Yapılabilir.**\*İşlemden Beklenen Faydalar:** İndirekt Restorasyonlar İle Dişin Ömrünü Uzatarak Ağızda Daha Uzun Süre Kullanabilmektir.**\*İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Diş Kırılabilir. **\*Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Tedavi İşlemlerinde Ölçü Maddeleri , Yapıştırma Simanları Ve Posrelen Kullanılmaktadır. **\*Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Bu Tedavi Sizin Yaşam Tarzınızda Bir Değişiklik Oluşturmayacaktır. Ağız Hijyeninize Dikkate Edilmeli Çok Sert Yiyecekler Yenilmemesi Ve Fındık, Fıstık Vb Kırılmamalıdır. **\*Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Olası Acil Yan Etkiler Gerçekleştiğinde Sorumlu Hekim Ve İlgili Sağlık Personeli Tarafından Acil Müdahaleler Gerçekleştirilecektir. Kurumumuzdan Ayrıldıktan Sonra Herhangi Bir Komplikasyonla (Dolgu Yapılan Dişte Şiddetli Ağrı, Uzun Süren Soğuk Sıcak Hassasiyeti, Dolguda Düşme/Kırılma Vb.) 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 ( )1. 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(yüksek tansiyon) ( ) Epilepsi(sara hastalılğı )( ) Kanama Problemi ( ) Alerji( ) Böbrek veya Karaciğer Hastalığı ( ) Astım( ) Hepatit A-B-C vb. Viral Hastalık ( ) Tiroid (Guatr) ( ) DiğerBen tedavimi yapacak hekime kendi genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel 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 ANLADIĞINIZ 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 |  |

 |