|  |
| --- |
|  **1. Hekimimden ve onunla birlikte çalışan kişilerden ağız-diş durumum ve problemlerim ile ilgili açıklamaları aldım ve bu konuda hekimlerle konuşabilecek yeterli fırsatım oldu. Planlanan işlemler ve tedaviler hakkında, bu tedavi planından umulan faydalar, alternatif tedaviler ve tedavi edilmemesi durumunda olabilecekler hakkında yeterli açıklama yapıldı.****2. Planlanan işlemler ve tedaviler sırasında meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlar bana açıklanmıştır. Bunlar aşağıda belirtilmektedir; ancak bunlarla sınırlı değildir:*****Kök kanalı içerisinde alet kırılması, kök kanalı ucundan öteye dolgu taşması veya dolgunun kısa kalması, kökün veya dişin kırılması, dolgunun düşmesi, tedavi sırasında ve/veya sonrasında rahatsızlık ve ağrı, şişlik, lokal ve/veya genel enfeksiyon, kanama, komşu dişte ve çevre dokularda yaralanma, çene ekleminde rahatsızlıklar, diş kaybı, hissizlik, alerjik reaksiyonlar, solunum yavaşlaması / durması, kalp durması.*****3. Tedavi uygulamaları sırasında, yapılmış olan tedavi planından farklı veya bunlara ilave tedavilerin yapılmasını gerektiren beklenmedik durumlar oluşabileceğini anlıyorum. Bu durumda, yeni tedavi uygulanmadan önce tarafıma danışılacaktır. Tıp ve diş hekimliği bilimlerinin sonuçları garantili olan bilim dalları olmadığının farkındayım ve endodonti kliniğinde hastaların almış oldukları ağız-diş tedavilerinin sonuçları hakkında bir garanti verilemeyeceğini kabul ediyorum.****4. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim dalı hekimlerinin, hemşirelerinin, araştırma görevlilerinin, doktora öğrencileri ve diş hekimliği lisans öğrencilerinin, teşhis ve tedavilerinin tüm aşamalarına katılmalarını kabul ediyorum. Gazi Üniversitesi’nin bir eğitim kurumu olduğunu ve yapılacak tedavilerden öğrencilerin eğitimine katkıda bulunacak şekilde faydalanabileceğimi kabul ediyorum.****5. Tedavinin herhangi bir aşamasında bu anlaşmayı geri çekebileceğimi ve daha ileri tedavi görmeyi reddetme hakkım olduğunu kabul ediyorum.****6. Tüm sorularım tatmin edici bir şekilde yanıtlandı. Hekim tarafından tavsiye edilip uygulanacak olan tedaviyi talep ediyorum ve onaylıyorum. Ağız ve diş problemlerimin tedavisi için gerekli olabilecek ağız filmlerimin alınmasını ve lokal anesteziklerin kullanılmasını talep ediyor ve onaylıyorum.** **7. Bu formu imzalamadan önce, formu okuduğumu ve anladığımı veya formun bana okunduğunu, tüm boşlukların doldurulduğunu ve bu bilgilerin ışığı altında uygulanacak işlemlerin tamamını kabul ediyor ve uygulayıcıları yetkili kılıyorum.****Tarih : …………. /…………. / 202****Hastanın (varsa velisinin) adı soyadı :** **İmzası :****İzin alan hekimin adı soyadı :****İmzası :**  |