HASTA Adı ve Soyadı:	Telefon Numarası:
T.C. Numarası:	Başvuru Tarihi/Saat:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):	Hastalığın Tanısı/Ön Tanı:

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir.
Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

TEŞHİS	**TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ**		**PLANLANAN TEDAVİ**
	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	

TETKİKLER

Kron(Kaplama)-Köprü Sökümü UYGULANACAK □

Kron veya Köprü Protezlerinin aşağıdaki nedenlerle sökülmesi gerekebilir. • Kron veya köprünüz ağzındayken, ağız içi muayene ya da radyolojik muayene (diş filmi) ile görülemeyen diş çürüğü ya da diğer benzeri problemlerin saptanması amacıyla • Kron ya da köprünüz çıkarılmadan gerçekleştirilmesi imkansız diş tedavilerinizin (örneğin dolgu, kanal tedavisi, diş çekimi, dişeti tedavisi vb.) sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi amacıyla • Mevcut kron ya da köprünüzün değiştirilmesini ya da tamirini gerektiren durumlarda (delik, kırık, dişeti sağlığının bozulması gibi) • Kron ya da köprünün sökülüp yeniden yapıştırılmasının gerekliliğinde (örneğin çok üyeli köprülerde, köprünün yapıştırıldığı dişlerden kısmen ayrılması, kron ya da köprünün hatalı olarak yapıştırılması vb durumlar)

İntraoral(Ağız İçi) Radyografik Tetkik: UYGULANACAK □

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesİ İçin diş/çevre dokuların ağız içinden röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız içerisine yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir.

Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. Radyografik tetkikten beklenenler: Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. Radyografik tetkik yapılmazsa: Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez.

Olası riskler: Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

Ekstraoral(Ağız Dışı)Radyografik Tetkik: **UYGULANACAK □**

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için çene yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız dışında konumlandırılarak

işlem gerçekleştirilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. Radyografik tetkikten beklenenler: Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. Radyografik tetkik yapılmazsa: Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. Olası riskler: İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gerekli olduğundan hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilme durumunun söz konusu olması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

TEDAVİ VE İŞLEMLER:

*** LOKAL ANESTEZİ: UYGULANMAYACAK □ UYGULANACAK □**

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur.

Anesteziden Beklenenler: Anestezik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.

Anestezi Yapılmazsa; Anestezi yapılmasının hasta tarafından istenmediği durumlarda işlem sırası ve sonrasında ağrı oluşacağı bilinmeli buna bağlı ani tepkiler verilip istenmeyen yaralanmalar oluşabileceği, hasta ve hekim konforunun kaybolacağı; bazı işlemlerin (örneğin çekim) anestezi sağlanmadan yapılamayacağı bilinmelidir.

Olası Riskler: Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. 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.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler: 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

KARŞILAŞILABİLECEK PROBLEMLER VE RİSKLER

* Kron / köprü protezlerinin sökümü uzun sürebilir.

• Kron ya da köprülerin çıkarılması işlemi esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli davransa da, protezinizde yüksek oranlarda kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Kron-köprü sökümü işlemi sonucu protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin tamiri veya yeniden yapılması gerektiğinde, sağlık sigortanızın **ve SGK nın belirlediği protez giderlerinin karşılanma süreleri dışında iseniz, tüm mali sorumluluk size aittir.**

• Kron ya da köprü protezinizin çıkarılması işlemi esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli çalışsa da, uygulanan kuvvet veya basınca bağlı olarak, ilgili dişlerinizde kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Bu durumlar, dişlerinize dolgu veya kanal tedavisi yapılmasını gerektirebilir, hatta bazı durumlarda dişinizin çekilmesi gerekebilir.

• Kron/köprü sökümü işlemi sırasında uygulanan kuvvet veya basınç destek dişlerde travmaya neden olabilir. Bu gibi durumlarda, dişe kanal tedavisi uygulanması gerekir. Kron/köprü sökümü için kullanılan aletlere bağlı olarak, dişetlerinizde, dilinizde veya çevre dokularda yaralanmalar oluşabilir.

• Bazı durumlarda kron/köprü sökümünde kullanılan aletlerle proteziniz çıkarılamayabilir. Bu gibi durumlarda kronunuzun ya da köprünüzün kesilerek çıkarılması gerekir. Bu işlem protezinizi tekrar kullanılamaz hale getirir. Bu işlem sırasında protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin yeniden yapılmasının gerektiği durumlarda, **tüm mali sorumluluk size aittir.**

• Bazı durumlarda, örneğin kron ya da köprü içindeki dişleriniz sallanıyorsa veya etrafındaki kemik desteğini kaybetmişse vb., protezinizin söküm işlemi sırasında dişleriniz gömülü olduğu kemikten kısmen ya da tamamen çıkabilir. Bu durumda sabit ve varsa hareketli protezlerinizin yeniden yapılması gerekir. Protezinizin yeniden yapılması gerektiği durumlarda, tüm **mali sorumluluk size aittir.**

*Kron/köprü protezlerinin sökülmesinden sonra protezin yeniden uygulanması gerekirse protez randevusu hemen verilemeyebilir, protezin yenilenmesi gerekirse ek ücret ödemeniz gerekebilir.

Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Kron köprü söküm nedenine bağlı olarak farklı komplikasyonlar meydana gelebilir. Örneğin dişlerde ağrı, şişme, dişetlerinde tedavisi zor problemler, dişeti çekilmesi gibi sonuçlar oluşabilir. Bu konuda diş hekiminize danışmanız gerekir.

TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER:

Zarar görmeden çıkartılan kron ya da köprülerinizin, tedaviniz bitince, hekiminizin önerileri doğrultusunda tekrar yapıştırılması gerekir. Bazı durumlarda hekiminiz, uygulanan tedaviye (kanal tedavisi, çekim gibi) ve protez planlamanızdaki değişikliğe bağlı olarak protezinizi yenilemenizi de isteyebilir. Protezlerinizin tekrar yapıştırılmadığı veya protezinizi yeniletmediğiniz durumlarda, kronların çıkmış olduğu dişlerde hassasiyet, ağrı, çürük gibi durumlar ve uzun vadede dişlerinizde hareket (uzama, kayma vb.) meydana gelir.

ONAM (RIZA GÖSTERME)
Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş hasta onam formu” nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere ..... isimli kişiyi yetkili kılıyorum.
OKUDUM, ANLADIM, ONAY VERİYORUM.
(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)
. . . . . .

Hastanın onamı (Mümkünse): *Adı Soyadı:* *Tarih/Saat:* *İmza:*	Tercümanın (İhtiyaç Halinde): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:	Tanık-Şahit (İhtiyaç Halinde Sağlık Personeli): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:
Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim: Adı Soyadı/Unvanı: Tarih/Saat: İmza:

(Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.)