GENEL BİLGİLENDİRME

Sayın .....,

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir.

Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız.

Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır.

Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maaliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

Diş hekiminiz sadece ağız ve çene bölgenizdeki rahatsızlıkları tedavi etse de bu bölgelerin vücudunuzun ayrılmaz bir parçası olduğunu unutmayınız. Genel sağlık problemleriniz ve kullandığınız/kullanmakta olduğunuz ilaçlar size uygulanması planlanan diş tedavisi ile önemli derece ilişkili olabilir. Bu yüzden bu formda yer alan sizinle ilgili soruları lütfen eksiksiz ve hatasız olarak yanıtlayınız.

Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birine sahip misiniz?

Kalp Hastalığı ..... Tansiyon .....
Diyabet(şeker) ..... Karaciğer Hastalıkları.....
Hepatit A/B/C ..... Kanama sorunu .....
Kan Hastalıkları ..... Akciğer hastalıkları.....
Kemoterapi ..... Romatizmal hastalıklar.....
Radyoterapi ..... Mide rahatsızlıkları.....
Astım ..... Bağırsak rahatsızlıkları.....
Sinüs rahatsızlığı ..... Böbrek rahatsızıkları .....
Tiroid hastalıkları..... Psikolojik rahatsızlıklar.....
AIDS ..... Bitkisel ilaçlar/takviyeler.....

Herhangi bir hastalık nedeniyle doktor kontrolü altında mısınız?

.....
.....
.....
.....

Herhangi bir hastalık sebebiyle hastaneye yattınız ya da herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

.....
.....
.....
.....

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Lütfen isimlerini,ne için kullandığınızı ve kullanım sürelerini
belirtiniz.....
.....
.....
.....
.....

Sigara kullanımınız var mı? Var ise ne kadar?

.....

Hamilelik durumunuz var mı?

.....
.....

Alerji durumunuz var mı?

.....
.....

Daha önce size lokal anestezi uygulandı mı?
.....
.....
Kemik dokusunu ilgilendiren herhangi bir ilaç kullanımınız var mı/oldu mu?
.....
.....
Yukarıda belirtilmeyen başka tedavi gördüğünüz, görmekte olduğunuz başka bir hastalığınız var mı?
.....
.....
GENEL TEDAVİ PLANI
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
GENEL ONAM FORMU
Aşağıda imzası olan ben / hastanın vasisi
.....
Diş Hekimi .....tarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.
Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.
Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.
Tedavim/ vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi.
Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.
Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim.
Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana/vasisi olduğum kişiye anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim.
Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.