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	

LOKAL ANESTEZİ: **UYGULANACAK** □
Günümüzde kullanılan lokal anestetikler koka yaprağından izole edilen kokain kimyasal türevleridir. Bu maddeler sinir aksonlarına uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurduğundan yapılan anestizik maddenin miktarına ve yapılış yerine göre 1-4 saatlik bir uyuşukluk sağlar.(Morfinle hiç benzeşmesi yoktur.)
Beklenen sonuçlar: Yapılacak olan girişimler sırasında (diş çekimi, kanal tedavisi, diş kesimi v.s) sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır.
Olası Yan Etki ve Riskler: Anestezi yapılmadan hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açma güçlüğü oluşabilir.2-3 haftada kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesi sonucu fasiyal paralizi(geçici yüz felci), geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, kulak memesi, burun ve dil uyuşukluğu oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir, ayrıca hasta anestezili bölgeyi kaşır, ısırır veya çiğnerse kendi kendini de travmatize edebilir. Bazen anestezi oluşmayabilir, tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte anaflaktik(alerjik reaksiyon sonucu) şok görülebilir.
SABİT PROTEZLER AŞAĞIDAKİ TEDAVİ ÇEŞİTLERİNİ İÇERİR
KRON (KAPLAMA) : **UYGULANACAK** □
Doğal dişe en yakın biçimde şekil ve işlevin sağlanması amacıyla dişler kaplanır. Bu tedavi, dolgu ile dişin tedavi edilemediği durumlarda ya da dişin renginin, şeklinin veya estetiğinin düzeltilmesi için gerekli olur. Tedavi genellikle bir miktar diş dokusunun dişten uzaklaştırılmasını veya dişin küçültülmesini (kesilmesini) gerekli kılar. Küçültülen diş üzerine kaplama adı da verilen kron protezi yapılır. Kron protezi, taşıyacağı dişe yapıştırılarak sabitlenir. Kron protezleri farklı malzemelerden üretilerek yapılabilir.Tam metal: tamamen metal olan kaplamalardır.estetiğin önemli olmadığı arka grup dişlerde uygulanabilir.• Metal-Porselen: Metal altyapı üzerine porselen kaplanır, görünen yüzde metal yoktur. Ancak damak tarafında, dişetine yakın bölgelerde metal bir şerit görülebilir. Bazı durumlarda, dişlerin çiğneyici yüzeyinin de metal bırakılması gerekebilir.
•POST-KOR: **UYGULANACAK** □
Eğer çürük, kırık ve travma vb. sonucunda kalan diş dokusu kaplama yapabilmek için yetersizse, destek sağlamak amacıyla dişin kökünden de yararlanılır. Buna post-kor uygulaması adı verilir. Kanal tedavisi yapılmış (cansız) dişlerde diş

yapısını kuvvetlendirmek için kök içine vida benzeri bir yapı uygulanır. Yeniden oluşturulmuş diş yapısı, kaplama yapılacak gibi küçültülür. Ancak bu vidalar zamanla çeşitli nedenlere bağlı kırılabilir ya da çıkabilir. Bu durumda dişin tekrar tedavisi mümkün olmayabilir ve dişin çekimi gerekli olur. Post-korlar metalden olabilir ya da fiber post denilen diş renginde bir malzemeden yapılır.

*** KÖPRÜLER**: **UYGULANACAK □**

Çekilen bir dişin yerinin tamamlanması için yapılan ve dişlere yapıştırılan bir seri krondur. Bir köprü dişsiz bölgeye komşu olan en az iki dişin kaplanmasını gerekli kılar. Doğal ve sağlam dişlerinin kaplanmasını (küçültülmesini) istemeyen hastalar için tedavi seçenekleri;hareketli protezler, implant destekli kronlardır. Köprüler, kronlarla aynı malzemelerden yapılır.Klasik metal-porselen köprülerde, dişin her yönünden olmak üzere 1, 5 ile 2mm arasında aşındırma yapılır. Birinci randevuda destek dişlerin hazırlanması, ölçülerin alınması, geçici kuronların yapılması işlemleri gerçekleştirilir. Geçici kuronların tedavi süresince ağızda kalması esastır. Düşerse hekiminizi arayınız; aksi takdirde destek diş hareket edebilir ve daimi restorasyonun uyumu zorlaşır. İkinci randevu birinci randevudan **2 ila 10** gün arasında değişen bir zaman aralığından sonra gerçekleştirilir. Bu randevuda altyapı provası yapılır ve renk belirlenir. Üçüncü randevu ikinciden **2 ila 7** gün sonradır. Renk, şekil, boyut provası yapılır ve hasta onayı istenir. . Hastanın onayı alındıktan sonra protez yapıştırılır. Hekim gerekli görürse tüm prova işlemlerini tekrarlayabilir .Kron ve köprülerin kabul gören ömrü 4 yıldır; bu süre ancak kişisel bakım, düzenli hekim kontrolü ile değişebilir.

Tedaviden Beklenenler

• Diş eksikliklerinin giderilerek hastanın çiğneme işlevinin ve estetiğinin düzenlenmesi
• Kanal tedavisi yapılmış dişlerin, çok büyük çürüklü dişlerin ileride kırılmasının önlenmesi,
• Estetik ve kozmetik (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan) beklentilerin karşılanması, • Hareketli protez yapılacaksa, kroşe (kanca) gelmesi planlanan dişlerin protez için uygun hale getirilmesi,
• Hassas bağlantılı hareketli protezlerde, bağlantı sağlayacak parçaların kaplamalara yerleştirilmesi ile daha estetik bir protez yapılabilmesi • Dişleri aşınmış veya diş boyları çok kısa olan hastalarda estetiğin ve çiğneme işlevinin düzenlemesi

Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler

• **Dişlerin kesilmesi**: Bir dişe kaplama yapılabilmesi için dişin belirli miktarda küçültülmesi gerekir. Küçültmenin miktarını hekiminiz belirler.
• **Dişlerde hassasiyet**: Dişlerin kesilmesinden kron ya da köprünün yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişler hassasiyet gösterebilir.Diş yapıştırıldıktan bir süre sonra da bu hassasiyet devam edebilir.
• **Kanal tedavisi**: Kaplanacak dişe bazı durumlarda, örneğin karşıt dişlerle mesafe azlığında, dişin şeklinin düzeltilmesi gerekliliğinde, uzamış dişlerde, bazen de ön görülemeyen canlı dentin hassasiyeti nedeni ile, estetik nedenlerle kanal tedavisi uygulamak gerekebilir.
• **Kırılmalar**: Kuron ya da köprü protezlerinde çatlama ve kırılmalar oluşabilir. Bu durum sert gıdaların yenmesi ve çiğneme kuvvetleri gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Buna bağlı yüzeylerinde düzensizlikler veya çentikler olabilir, porselen kısmen veya tamamen metalden ayrılabilir ve bunlar ağız dokuları ile dili tahriş edebilir. Bunların bir kısmı klinikte ya da laboratuvarda tamir edilebilir, bir kısmının ise onarımı mümkün olmayabilir ve yenilenmeleri gerekebilir.**Protezinizin tamiri veya yeniden yapılması gerektiğinde eğer üyesi olduğunuz sosyal güvenlik kurumu ya da sağlık sigortanız bu işlemleri karşılamıyorsa, tüm mali sorumluluk size aittir.**
• **Rahatsız edici ağızda yabancı cisim varmış hissi:** Bu durum doğal dişlerle yapay diş olan kaplamaların dil tarafından farklı hissedilmesi ile oluşur.
• **Estetik görünüm**: Sabit protezler, estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir. Tedaviye başlamadan önce hasta beklentilerini mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalıdır. Prova aşamalarında ise protezinin görünümünün ve renginin kabul edilebilir olduğunu onaylamalıdır. Yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetikle ilgili büyük bir değişiklik yapmak mümkün değildir. Ayrıca protezler takılıp bir süre kullanıldıktan sonra, tekrar çıkarılıp birtakım değişikliklere gidilmesi, yapımında kullanılan malzemede bozulmalara, porselende kırılmalara veya köprünün yenilenmesine kadar değişen sorunlara yol açabilir. Böyle durumlarda her türlü **sorumluluk ve mali yükümlülük hastaya aittir**. Hasta istekleri ile hekimin uygun gördüğü tedavi uyuşmadığında, hekim tedaviye son verebilir.
• **Protezin yapıştırılması sonrası hassasiyet**: Yapıştırma işleminden sonra hekiminiz başka türlü önermedikçe 2-3 saat bir şey yenilmemelidir .Sabit protez uygulaması sonrasında dişlerde bir süre soğuk sıcak hassasiyeti olabilir. Uzun süre devam eden veya artan ağrılarda hekiminize danışmanız gerekir.
• **Sabit protezlerin kısmen veya tamamen çıkması**: Protezinizin yapıştırıcısının kısmen veya tamamen gevşediği durumlarda mutlaka zaman geçirmeden hekiminize başvurunuz. Proteziniz, yeniden kullanılmasına engel bir durum yoksa tekrar yapıştırılabilir. Yapıştırıcının gevşemesi ilgili dişte zamanla ileri derece çürüklere, ağrıya ve hatta dişin çekimine kadar gidebilen tedavisi zor problemlere yol açabilir. *Dişinize çürük nedeniyle büyük dolgular yapılması gerektiğinde ya da dişiniz çekildiğinde proteziniz kullanılamaz hale gelir. Protezinizin yeniden yapılması gerekiyorsa eğer üyesi olduğunuz sosyal güvenlik kurumu ya da sağlık sigortanız bu işlemleri karşılamıyorsa, **tüm mali sorumluluk size aittir**.
• **Dişeti problemleri**: Sabit protezlerin yapım safhalarında ilgili dişlerde dişeti problemleri, dişeti kanaması, dişetinde şişme veya protez takıldıktan sonra dişeti çekilmesi gibi problemler oluşabilir. Ağız bakımına dikkat edilmesi bu problemlerin etkisini en aza indirmede önemlidir. Devam eden problemlerde hekiminize başvurmanız gereklidir. Protezin ömrü kullanan kişiye göre değişir.

Önerilen Tedavi Uygulanmazsa:
Aşırı harabiyetli dişlerde kırıklar, diş eksikliklerinin köprü protezleri ile tedavi edilmediği durumlarda çiğneme işlevinde yetersizlik, dişlerin boşluğa doğru kayması veya uzaması, dişlerde aralanma ve estetik problemler, boşluğa komşu dişlerde çürükler, dişeti problemleri gelişebilir. * Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulması tedavi sonuçlarını doğrudan etkiler. **Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler.**Tedavi bittikten sonra hekiminizin önerdiği şekilde ağız ve protez bakım işlerini yerine getirmeniz tedavinin başarısını arttıracaktır.Genel sağlık problemleri, beslenme alışkanlıkları, düzenli diş kontrolleri protezinizin ömrünü etkiler.

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.)