Değerli hastamız, ... Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Bu onam; uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılması muhtemel yan etkiler (komplikasyonlar) hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmenizi sağlamak ve bu bilgiler ışığında muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi gösterir belge olarak size(hasta veya kanuni temsilcisi) imzalatılmaktadır.

HEKİM KAŞE-İMZA **ONAM TARİH-SAAT ..../..../20....**

HAREKETLİ PROTEZ	**Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydalar:**İşlem diş hekimi tarafından klinikte diş koltuğunda ölçü alımı ve provaları, protez teknisyeni tarafından laboratuarda diğer işlemler yapılır. Hareketli protez: ağızda çeşitli nedenlerle kaybedilmiş dişlerin yerine konulan, kişilerin estetik ve fonksiyonel ihtiyaçlarını gideren, hastanın istediği zaman rahatlıkla takıp çıkarabildiği üzerinde eksik dişlerin yer aldığı protezdir. Kısmi veya tüm diş kayıplarında kişinin fonksiyon, konuşma ve estetik sorunlarını gidermek için yapılır. **İşlemin tahmini süresi**: İşlemin ortalama süresi ağız hazırlandıktan sonra yaklaşık 20 iş günüdür. **Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri:**İşlemin alternatifi; diş hekiminin uygun gördüğü bireylerde implant uygulamasıdır. İşlemin riskleri, komplikasyonları- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar: Alerjik kişilerde, proteze bağlı alerji gelişebilir. Protez kullanıma ve anatomik yapılara bağlı olarak çatlama ve kırılma olabilir. Protez altında gıda birikimi olabilir. Protez üzerindeki dişler düşebilir. İşlem için herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. **Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:**İşlem sırasında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Ölçü alımında kullanılan malzemelerle temas durumunda renklenme (boyama) olabilir. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: İşlem öncesinde ve sonrasında hekiminizin verdiği tavsiyelere uyunuz, beklenmeyen durumlarda hekiminize başvurunuz. İşlem sonrasında bilgilendirme formunda yazılanlara lütfen uyunuz. İşlem esnasında yapılan anestezi sonrasında eğer hekim belirttiy se belirtilen süre zarfında yiyecek-içecek tüketmeyiniz İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar: Protez yapılmazsa; eklem problemleri, çiğneme kaybına bağlı mide problemleri, mevcut dişlerde boşluğa doğru kayma ve uzamalar gözlenebilir. Kısmi dişsizliklerde kancanın geldiği dişlerde ağız bakımına dikkat edilmezse çürükler, total/kısmi protez ilk kullanıldığı dönemde ağız içerisinde yumuşak dokularda vurukl ar oluşturabilir. Varsa işlemin alternatifleri: İşlemin alternatifi implant uygulamasıdır. **Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri:** Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir. *>Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre ödenecek olan katılım payının, SUT fiyat tarifesinde değişiklikler olabileceğinden dolayı son yayınlanan SUT fiyat listesine göre katılım payı ödeyeceğimi kabul ediyorum.*

Benim/ kanuni temsilcisi olduğum hastanın; Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel sağlık durumum hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi beyan ederim. Yukarıda verilmiş olan bilgiler ve planlanan tedaviler göz önüne alınarak; yapılacak her türlü diş tedavi işlemleri ile ilgili gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmıştır.

Protez işlemi için bana randevu verildi ve taahhütname imzaladım, protez ölçüsü alım aşamasından sonra protezlerimin teslim işlemi yapılana kadar kendi isteğimle devam etmez ve hastaneye bu konuda haber vermezsem aynı protez işlemi ile ilgili 4 yıl süre boyunca tekrar bu kurumdan hizmet alamayacağımı biliyor ve kabul ediyorum.

YAPILACAK GİRİŞİMİ KABUL ETME

BULAŞICI HASTALIK DURUMLARINDAsağlık kurumumu, hekimimi bilgilendireceğimi ve en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağımı taahhüt ederim.

Yukarıda belirtilen hususları dikkate alarak tedaviyi durdurma

veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin yapılmasını kabul ediyorum.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM ANLADIM YAZIN LÜTFEN.

Adı- Soyadı: **Tarih:**
İmza:

YAPILACAK GİRİŞİMİ REDDETME

Yapılacak olan girişimlerin gerekliliği, riskleri tarafıma anlatıldı, girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM

ANLADIM YAZIN LÜTFEN

Adı- Soyadı:
Tarih: **İmza:**

VERİLEN RIZAYI GERİ ÇEKME

Bu formda tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanması için verdiğim rızayı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi isteğimle geri çekiyorum.

Adı- Soyadı:
Tarih: **İmza:**