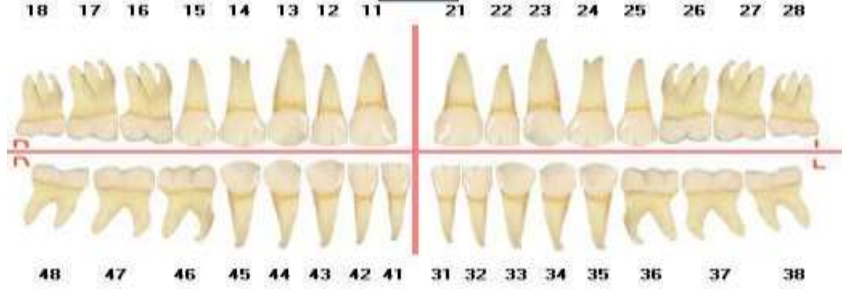


	RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI					
	HASTA ONAM FORMU					
	DOKÜMAN NO	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO	
	HD.FR.25	15.03.2023	-	-	1/3	



DOLGU TEDAVİSİ

- Yapılacak olan diş dolgusu ile diğer restoratif tedavilerimin nasıl yapılacağı,
- Planlanan tedavinin girişim sırasında değişebileceği,
- Dolgu tedavisinin başarısında dişimde bulunan çürüğün miktarı, dişin canlı dokusuna yakınlığı ve dişin canlı dokusunun çürükten enfekte olma derecesinin etkili olduğu,
- Dolgu tedavisinde her zaman olumlu sonuç alınamayacağı, kanal tedavisi veya protetik uygulamalara da gerek duyulabileceği,
- Dolgu tedavisi sırasında kullanılan materyale karşı alerjik reaksiyon, tedavi sonrası ağrı, hassasiyet veya şişlik görülebileceği,
- Dolgu tedavisi sırasında ya da sonrasında tedavisi tamamlanmış olan dişlerde geçici bir süre dokunma ve çiğneme sırasında diş uygulanan basınca bağlı olarak hassasiyet olabileceği,
- Antibiyotik, ağrı kesici ve lokal anestetik ilaçlarla uyuşturmaya bağlı olarak his kaybı, şişlik, yanakta morarma, kaşıntı, bulantı ve nadirde olsa anafilaktik şok gibi yan etkiler oluşabileceği,
- Dolgu tedavisi sırasındaki ara seanslara gelmemem durumunda diş yerleştirilen geçici dolgu materyallerinin ağızımda uzun süreli kalması nedeniyle diş ve yumuşak dokular üzerinde olumsuz etkiler olabileceği, bu sürenin uzaması durumunda kalan diş dokularında kırılmalar ve geçici dolguda düşmeler olabileceği,
- Dolgu tedavisi gören dişimin iyileşemeyebileceği veya ağrının devam edebileceği, bu nedenle dolgunun yenilenmesinin veya kanal tedavisinin gerekebileceği hususlarında bilgilendirildim.

KANAL İÇİ POST, TEK KURON ve İNDİREKT DOLGU TEDAVİSİ

- Dolgu tedavisi sırasında aşırı diş dokusu kaybı olan durumlarda diş indirekt dolgu veya tek kuron tedavisi yapılması gerekebileceği,
- Kanal tedavili dişlerde aşırı madde kaybı olan durumlarda kanal içine post ve tek kuron tedavisi yapılması gerekebileceği,
- İndirekt dolguların (vakanın uygunluğuna göre) kompozit rezin ya da porselen malzemeden yapılabileceği,
- Tek kuron tedavisinde (vakanın uygunluğuna göre) metal destekli porselen, tam porselen ya da zirkon malzemelerin kullanılabileceği,
- Bu tedavilerde laboratuvar aşamalarının gerekebileceği, tedavinin tek seansta bitemeyebileceği ve fark ödemeler çıkabileceği hususlarında bilgilendirildim.

BEYAZLATMA TEDAVİSİ

- Beyazlatma ajanının diş etine taşarak hassasiyet ve tahriş yapabileceği, bunların kısa süreli geçici durumlar olduğu,
- Beyazlatma ajanlarının her hastada ve her dişte aynı beyazlatma etkisini gösteremeyebileceği,
- Tedavi sırasında ve sonrasında renklendirici yiyecek maddeleri ve tütün ürünlerinden uzak durmam gerektiği,
- Beyazlatma tedavisinin 1-3 yıla kadar kalıcı olabileceği hususlarında bilgilendirildim.

	RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI					
	HASTA ONAM FORMU					
	DOKÜMAN NO	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO	
	HD.FR.25	15.03.2023	-	-	2/3	

ESTETİK UYGULAMALAR ve GÜLÜŞ TASARIMI

- Bu tarz uygulamalarda ön değerlendirmenin önemli olduğu ve her hasta için farklı tedavi seçeneklerinin uygun olabileceği,
- Vakanın durumuna göre porselen ya da kompozit rezin malzemelerin kullanılabileceği,
- Farklı diş hekimliği bölümleri ile koordineli çalışılması gerekebileceği (Periodontoloji, Protetik Diş Tedavisi vs),
- Tek seans uygulamalar olduğu gibi, çoklu seans gerektiren uygulamalar da olabileceği,
- İstenilen renk tonunun ve estetik görüntünün her zaman sağlanamayabileceği,
- Restorasyonun kullanımı ile ilgili bilgilendirmelere uymadığım takdirde tedavinin başarısız olabileceği,
- Hastaya bağlı oluşan tedavi başarısızlıklarında sorumluluğun hastaya ait olduğu hususlarında bilgilendirildim.

Konulan tanıya ilgili alternatif tedavileri, bunların risklerini yapılan tedavinin risk ve yan etkilerini biliyorum. Başarı olasılığını biliyorum. Tedavim yapılmadığında neler olabileceğini biliyorum. Bana söylenenlerin tümünü anladım. Doktorum tüm sorularımı yanıtladı. Hasta bilgilendirme ve rıza belgesinin anlamını biliyorum. Bana müdahale yapacak kişinin kim olduğunu biliyorum. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Hasta Adı Soyadı	
Hasta TC Kimlik No	
Hasta Doğum Tarihi	
Telefon No	
Acil Durum Varlığında Temasa Geçilecek Kişi Adı Soyadı / Telefon No	

ONAY

Yukarıda yazılı olan işlemlerin öğretim elemanları, araştırma görevlileri tarafından veya öğretim elemanı denetiminde stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, doktoruma genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, olası riskler hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA “BU ONAM FORMUNU OKUDUM VE ANLADIM” YAZARAK İMZALAYINIZ)

.....

	RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI					
	HASTA ONAM FORMU					
	DOKÜMAN NO	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO	
	HD.FR.25	15.03.2023	-	-	3/3	

	Adı Soyadı	İmza	Tarih ve Saat
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi- Yakınlık Derecesi			
Tercüman(Kullanılması Halinde)			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			