



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**İMLANT TEDAVİSİ PLANLAMA, KAYIT VE ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.34	ARALIK 2023	0	0	1 / 3

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi.....,

konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkilerihakkında 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, tedavinin 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. Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Formun devamında belirtilen tedavi planlama kısmında tedaviyi uygulayacak olan ilgili anabilim dallarının hocalarına ait gerekli onayların eksik olması halinde ve devamındaki tedavi kayıt formunda istenilen bilgilerin eksik olması durumunda, implant üstü restorasyonumun, ilgili kurumunProtetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı tarafından yapılmama kararının alınabileceği konusunda bilgilendirildim, anladım ve kabul ettim.

(El yazınız ile “okuduğumu anladım, kabul ediyorum” yazınız).

.....

Kimlik bilgilerinin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine, tıbbi kayıtlarımın kullanılmasına izin ..... (El yazınız ile “veriyorum” ya da “vermiyorum” yazınız.)

Tarih: .....

T.C. Kimlik No: .....

Hasta / Yasal Temsilcisi (Yakınlık Derecesi)\* Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

Adres: .....

Telefon: .....

(\*) Yasal Temsilci: Reşit ve/veya mümeyyiz olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı gerekir.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
İMLANT TEDAVİSİ PLANLAMA, KAYIT VE ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.34	ARALIK 2023	0	0	2 / 3

**Protetik Tedavi Planlama:**

**Cerrahi Tedavi Planlama:**

Uygundur.

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Uygundur.

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Uygundur.

Periodontoloji Anabilim Dalı



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
İMLANT TEDAVİSİ PLANLAMA, KAYIT VE ONAM FORMU

Doküman Kodu

Yayın Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

HD.RB.34

ARALIK 2023

0

0

3 / 3

İMLANT TEDAVİ KAYIT FORMU

İmlant Lokasyonu								
Markası								
Çap								
Boy								
Greft								
Tork (immediate yükleme halinde)								
Cerrahi Uygulama Tarihi								
İlave Notlar								
Restorasyon Başlama Tarihi								
Restorasyon Tipi (Sabit / Hareketli)								
Abutment Tipi (Standart / Custom / Multiunit / Ti-base)								
Tutucu Tipi (Vidalı / Simante)								
Restorasyon Materyali (MDP / Monolitik Zr / Zr-porselen / Hybrid)								
Siman Tipi								
Restorasyon Teslim Tarihi								
İlave Notlar								