



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ORTODONTİK TEDAVİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.33	ARALIK 2023	0	0	1 / 3

Hasta Bilgileri;

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

ÇEVİRMEN İHTİYACI

1-Çevirmen gerekli miydi?

Evet

Hayır

2-Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı?

Evet

Hayır

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

Başarılı bir Ortodontik tedavi için hastanın/hasta yakınının kendisine yapılacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması ile mümkündür. Ancak her ortodontik tedavinin sınırları ve olası riskleri vardır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz. Bu bilgiler doğrultusunda ortodontik tedaviyi kabul etmekte veya etmemekte serbestsiniz. Anlamadığınız veya sormak istediğiniz bir konu varsa lütfen doktorunuzdan bilgi alınız.

Ortodontik Tedavi uzun süreli ve disiplin gerektiren bir tedavidir. İyi bir sonuç için hasta-hekim-aile işbirliği gereklidir.

Tedavi başlangıcında teşhis amaçlı, tedavi süresince ve tedavi sonrasında- kontrol amaçlı olarak- diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş ve bas röntgenlerinin çekilmesi gereklidir. Tedavi sürecini daha net izleyebilmek için tedavi öncesi ve tedavi sırasında ağız içinden ve ağız dışından fotoğraf çekilmesi de gerekmektedir. Bazı ortodontik anomalilerin teşhis ve tedavisinde ileri tetkiklerin de istenmesi kaçınılmazdır.

Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden ve/veya kimliğiniz anlaşılacak şekilde bilimsel nitelikteki yayınlarda ve muayene içi sunumlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve yasal makamların isteği dışında başkalarıyla paylaşılmayacaktır.

Hasta hekimin öngördüğü tedaviyi sonuna kadar ve eksiksiz uygulamak zorundadır. Hastanın/ailesinin işbirliği eksikliğinden ortaya çıkan uyum eksikliği durumunda ve bunun süregelen olması durumunda hekim hastanın tedaviden fayda sağlayamayacağına karar verdiğinde tedaviye son verme hakkına sahiptir.

Ortodontik Tedavinin sonuçlanmasında hastanın dokularının yapılan tedaviye bireysel cevabı önemli bir faktördür. Özellikle kemiği de içine alan "iskeletsel anomalilerde" gelişim çağındaki bireylerde gerekli büyüme desteği alınmaması halinde hedeflenen yapılanma gerçekleşemeyebilir. Bu durumda bireye zarar vermemek için hekim tedaviyi sonlandırabilir.

Hastanın genel sağlık durumu ile ilgili olmak üzere herhangi bir sistemik hastalığın mevcudiyeti (kan hastalıkları, kemik hastalıkları, hormonal bozukluklar, alerjik hastalıklar vb.) ortodontik tedaviyi etkileyebilir. Hastanın bu ve benzeri hastalıkların ortodontik tedaviye başlamadan önce ve tedavi sırasında hastada oluşan sağlık durumu/tedavi ile ilgili değişiklikleri ortodonti hekimine bildirmesi gerekmektedir.

Diş, çene ve yüz yapılarındaki bozukluklar biyolojik sınırlar içerisinde düzeltebilmek için uygulanan tedavinin şekline göre doktorunuzun belirlediği aralıklarla kontrol randevularına gelmeniz gerekmektedir.

Ortodontik tedavi sadece estetik amaçlı dişlerin dizilmesi değildir. Ana hedef, iyi bir çiğneme fonksiyonu kazandırmak yanında, iyi görünen sağlıklı bir ağız, diş ve ene yapısına ulaşmaktır.

Ortodontik tedavi sağlıklı dişlere uygulanır. Tedaviye başlamadan önce diş hekimine giderek tüm dişler muayene ettirilmeli, varsa çürük dişler tedavi edilmeli, gereken dişlere kanal tedavisi yapılmalı, diş fırçalama eğitimi verilmelidir. Dişlerini yeterince fırçalamayan hastaların tedavilerine başlanmaz. Hastanın ağız bakımı düzelince ve gerekli olan tedaviler yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye başlanır.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ORTODONTİK TEDAVİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.33	ARALIK 2023	0	0	2 / 3

Tedavi amacıyla dişlerin zerine tutucu parçalar (braket) yapıştırıp bunların üzerinden teller geçirilecektir. Gerekli olduğunda çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidalar, çeneyi genişleten vidalı aygıtlar, metal yaylar, lastik zincirler vb. kullanılabilir. Kimi zaman da hasta tarafından takip çıkarılması gereken (enselik / yüz maskesi gibi aygıtlar) veya ağız dışı lastik halkalarının kullanılması gerekebilir. Üst ve/veya alt çenenize ya da ağız dışına yerleştirebilir. Bunların kullanımları ile ilgili talimatlara uyulması gerekir.

Dişlerde olan metal ve lastik aygıtlar geçici yeme-konuşma-yutkunma gücünü yaratabilir. Dudak-yanak ve dilde yaralar oluşabilir. Ağız bakımı zorlaşabilir. Kimi zaman da braketlerin kopması, tellerin kırılması gibi istenmeyen durumlar gelişebilir. Bu sıkıntıları kolayca atlatabilmek için hekimin talimatlarına mutlaka uyulmalıdır. Diş tedavisi sırasında çürük, kalıcı beyaz lekeler ve dişetlerinde iltihaplar gelişebilir.

Ortodontik tedavi edilen bazı diş dişlerinin boyunda bir kısalma (kök erimesi) meydana gelebilir. Eğer ciddi bir kısalma söz konusu ile tedavi hekim tarafından tedaviyi sonlandırabilir.

Ortodontik tedavi aktif tedavi ve pekiştirme tedavisi olmak üzere birbirini takip eden iki asamadan oluşur. Aktif tedavi ile dişlerdeki ve çenelerdeki bozukluklar düzeltilir. Pekiştirme tedavisi ile de sağlanan iyileşmenin kalıcı olması sağlanır. Size söylenen tedavi ücretleri her iki aşamayı da kapsar. Bu aşamaların süreleri her kişide bozukluğun şiddetine göre değişebilir.

Tedavi planlı ve tüm kurallara uygun olarak yapılsa bile, uygulamaların tüm sonuçlara ulaşması garanti edilemez. Çünkü, seçilen tedavinin sınırları, hasta -hekim-aile işbirliğinde yaşanan aksaklıklar ve hastaya özgü kimi faktörler, (örneğin: genetik yapı, tedavi sırasında öngörülmesi mümkün olmayan büyüme-gelişme faktörleri, ağız ve diş dokularının ortodontik tedaviye verdiği yanıt, diş sıkma- diş gıcırdatma- vb. kötü alışkanlıklar) sonuçların garanti edilmesini mümkün kılmamaktadır.

ÇEKİMLİ TEDAVİ YAPILMASI DURUMUNDA

Hastanın üst/alt çenesinde dişlerinin düzgünce sıralanabilmesi için yeterli yer bulunmaması durumunda başvuru bir yöntemdir. Ağızdaki mevcut problemin giderilmesi için ÇEKİMLİ ORTODONTİK TEDAVİ yapılması gerekmektedir. Çekimli ortodontik tedavi hekiminizin tıbbi açıdan uygun gördüğü dişlerin çekilmesi ile yapılan bir tedavidir. Bu nedenle alt/üst çenenin sağ/sol bölgesinden olmak üzere toplam bir/iki/üç/dört adet küçük azı/büyük azı/yan kesici dişinin çekimi planlanmaktadır. (Uygun seçenekleri işaretleyiniz). (Veya aşıya el yazınız ile ilave ediniz)

Diş çekimi ile elde edilen boşluklardan yer darlığının giderilmesi ve/veya dişlerin kapanışının düzeltilmesi için faydalanılacak ve bu boşluklar yukarıda bahsedilen istenmeyen durumlar ortaya çıkmadığı takdirde, tedavi sonunda diş dizisinin dışında duran dişlerin yerlerine alınması ile doldurulacaktır.

HASTA ONAYI

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelerle dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK** hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyorum ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası istediğim takdirde tarafıma verilecektir.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla "**Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY VERİYORUM.**" yazınız.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİK TEDAVİ ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.33	ARALIK 2023	0	0	3 / 3

HASTA/VELİ/VASİSİNİN;

ADI SOYADI:

YAKINLIK DERECEİ:

İMZASI :

TARİH :...../...../..... SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

İMZASI:

TARİH :...../...../..... SAAT...../.....

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

*Hastanın Bilinci Kapalı *Hasta 18 Yaşından Küçük *Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok *Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

RIZANIN ALINDIĞI;

Tarih: / / , Saat:...../.....

HEKİMİN;

Adı

Soyadı:

İmza:

Kaşe

Not : *Alınan onamlarda “okudum, anladım, onay veriyorum “ ifadesi olmalı, form iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshası hasta dosyasına, diğer nüsha hastaya veya kanun temsilcisine verilir.

***Hasta karar verme yetkisi işaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır.**

