



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK DIŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.31	ARALIK 2023	0	0	1 / 2

**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

1. Çocuğum için doktor tarafından tavsiye edilip uygulanacak olan tedavi ve prosedürleri talep ediyorum ve onaylıyorum
2. Hastanın ağız ve diş problemi(leri)nin tedavisi için gerekli olabilecek ağız filmlerinin alınmasını ve lokal anestetiklerin kullanılmasını da talep ediyorum ve onaylıyorum.
3. Hastaya uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesini ya da kayıt yapılmasını kabul ediyorum.
4. Hastadan alınan bütün kayıtların bilimsel amaçla kullanılmasını kabul ediyorum.
5. Doktorumdan ve onunla birlikte çalışan kişilerden hastamın ağız diş durumu ve problemi(leri) ile ilgili açıklamaları aldım ve bu konuda doktorlarla konuşabilecek yeterli fırsatım oldu. Bana planlanan işlemler ve tedaviler hakkında, bu tedavi planından umulabilecek faydalar hakkında ve alternatif tedaviler ve/veya edilmemesi olasılıkları hakkında yeterli ve tatminkar açıklamalar yapıldı.
6. Planlanan işlemler ve tedaviler sırasında meydana gelebilecek olası ve en sık rastlanan, istenmeyen sonuçlar veya riskler bana açıklanmıştır. Bunlar aşağıda belirtilmektedir ancak bunlarla sınırlı değildir; tedavi sırasında rahatsızlık ve ağrı olasılığı, şişlik, lokal ve genel enfeksiyon, kanama, komşu dişte ve çevre dokularda yaralanma, çene eklemünde rahatsızlıklar, diş kaybı, hissizlik, alerjik reaksiyonlar, solunumun yavaşlaması ve durması, kalp durması.
7. Hastanın ağız ve diş tedavi uygulamaları sırasında, hasta için yapılmış olan tedavi planında listelenmiş olan tedavilerden farklı veya bunlara ilave tedavilerin yapılmasını gerektiren beklenmedik durumlar oluşabileceğini anlıyorum. Başlangıçta planlanan listede olmayan tedaviler uygulanmadan önce tarafıma danışılacaktır. Tıp ve diş hekimliği bilimlerinin sonuçları garantili olan bilim dalları olmadığını farkındayım ve pedodonti kliniğinde hastaların almış oldukları ağız diş tedavilerinin sonuçları hakkında bir garanti verilemeyeceğini tasdik ediyorum.
8. Çocuklar için uygulanan tedavilerin, onların yaşları için uygun terimlerle açıklanarak çocuklar tarafından anlaşılmasını sağlayan ve davranışlarını yönlendiren çabaları içerdiğini kabul ediyorum.
9. Ağız ve diş işlemleri sırasında kol, ayak ve baş hareketleri ile hasta uyumsuz hale gelirse tedavinin güvenle yapılamayabileceğini anlıyorum. Bu davranışlar, hastanın başını tutmak için, baş ve/veya kol hareketlerini kontrol altına alabilmek için yardım almayı gerektirebilir.
10. Bunlara ilaveten ağız ve diş işlemleri esnasında aşırı vücut hareketleri ile hasta uyumsuz hale gelirse gerekli tedavilerin doktor tarafından güvenle yapılabilmesini sağlamak ve yaralanmalardan korumak için hastanın kol ve bacaklarının tutulabileceği ya da bir banr ile sarılmasının gerekli olabileceğini kabul ediyorum.
11. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı doktorlarını işlemler sırasında gereken şekilde alınacak/çıkacak diş ve dokuların saklanması, patolojik örnek olarak kullanılması, maniple edilmesi ya da analizi için gerekeni yapmak üzere yetkili kılıyorum.
12. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı doktorlarının, hemşirelerinin, teknisyenlerinin, araştırma asistanlarının, doktor öğrencileri ve lisans öğrencilerinin çocuğumun teşhis ve tedavilerinin tüm aşamalarına katılmalarını kabul ediyorum. Bu durumun ayrıca tedavim sırasında kullanılacak olan malzeem ve materyallerin teminini sağlayacak firmaların ve firma yetkililerinin de iştirakini kapsadığını Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesinin bir eğitim kurumu olduğunu ve çocuğuma yapılacak tedavilerden öğrencilerin eğitimine katkıda bulunacak şekilde faydalanılabileceğini diş hekimliği öğrencilerinin işlemlere katılabileceğini kabul ediyorum.
13. Tüm sorularım tatmin edici bir şekilde yanıtlandı ve hastanın tedavi planında tanımlanan durumları ve tedavileri onaylıyorum.
14. Tedavinin herhangi bir aşamasında bu anlaşmayı geri çekebileceğimi ve bu anlaşmaya dayalı olarak daha önce yapılmış olan veya başlanan tedavi ve prosedürler dışında daha ileri bir uygulamaya başlanamayacağını kabul ediyorum.
15. Bu formu imzalamadan önce, formu okuduğumu ve vanladığımı veya formun bana okunduğunu ve tüm



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.31	ARALIK 2023	0	0	2 / 2

boşlukların doldurulduğunu bu bilgilerin ışığı altında velisi olduğum çocuğa uygulanacak işlemlerin tamamını kabul ediyor ve doktorlarımı tam yetkili kılıyorum.

**HASTA VELİSİNİN ADI SOYADI:**

**TARİH:**

**İMZASI:**

**İZİN ALAN DOKTORUN ADI SOYADI AKADEMİK UNVAN:**

	AÇIKLAMA	İŞLEM ADEDİ	DİŞ NUMARASI	ÖÜF
402010	AMALGAM DOLGU(BİR YÜZLÜ)			
402020	AMALGAM DOLGU(İKİ YÜZLÜ)			
402030	AMALGAM DOLGU(ÜÇ YÜZLÜ)			
402090	ÖN DİŞ İŞİNLİ KOMPOZİT DOLGU			
402090	ÖN DİŞ İŞİNLİ KOMPOZİT DOLGU(TRAVMA)			
402100	ÖN DİŞ İŞİNLİ KOMPOZİT DOLGU(BİR YÜZLÜ)			
402110	ÖN DİŞ İŞİNLİ KOMPOZİT DOLGU(İKİ YÜZLÜ)			
402120	ÖN DİŞ İŞİNLİ KOMPOZİT DOLGU(ÜÇ YÜZLÜ)			
402140	AMPUTASYON(DOLGU HARİC)(FORMOKREZOL)			
402140	AMPUTASYON(DOLGU HARİC)(FERRİK SÜLFAT)			
402140	AMPUTASYON(DOLGU HARİC)(MTA)			
402150	KANAL TEDAVİSİ -TEK KANAL (UST DOLGU HARİC)			
402150	KANAL TEDAVİSİ -TEK KANAL (ÜST DOLGU HARİC) (TRAVMA)			
402152	KANAL TEDAVİSİ -İKİ KANAL (ÜST DOLGU HARİG)			
402153	KANAL TEDAVİSİ-0Ç KANAL(0ST DOLGU HARİC)			
403100	ACK APEKSLİ DİSTE KANAL TEDAVİSİ (FRANK)			
403100	ACK APEKSLİ DİSTE KANAL TEDAVİSİ (MTA)			
403100	AÇIK APEKSLİ DİSTE KANAL TEDAVİSİ (REJENERATİT)			
402190	CAM İYONOMER DOLGU			
403010	FISSUR ÖRTİLMESİ (SEALANT) (TEK DİS)			
994100	DİREK PULPA TEDAVİSİ			
994102	İNDİREK PULPA TEDAVİSİ			
403020	YEREL FOR UYGULAMAS: (CÜRÜK PROFFAKSİSİ) YARIM CENE			
403030	PREFABRİKE KRON (MALZEME ÜCRETİ HARİC)			
403040	YER TUTUCU (SABİT) (TEKNİSYEN ÜCRETİ HARİC)			
403050	YER TUTUCU (HAREKETLİ) (TEKNİSYEN ÜCRETİ HARİC)			
403090	KOMPOMER DOLGU (DİS BASINA)			
405010	DİS CEKİMİ (İNFİLTRASYON ANESTEZİ İLE)			
405011	DİS CEKİMİ (REJYONAL ANESTEZİ İLE)			
551340	SEDO-ANELJEZİ			
406021	DETERTRAJ (DİS TAST TEMİZLİĞİ)			
	MTA KULLANIMI (DİS BASINA) (YÖK 200 260)			
	TRAVA SPLİNTİ (YOK 200 280)			
	DERİN SEDASYON			
	PARMAK APAREYİ			
	KORUYUCU VERNİK UYGULAMASI (TEK CENE)			
	LSTR( LEZYON STERİLİZASYON TEDAVİSİ)			
	AVULSE DİŞ TEDAVİSİ			
	LATERAL LÜKSASYON/ EKSTRÜZYON/ İNTRÜZYON TEDAVİSİ			
	SUBLİKSASYON TEDAVİSİ			
401051	PERİAPİKAL FİLM (PEDODA CEKİLEN)			
994099	KONTROL (TEKRARLANAN TEDAVİ)			
994099	KONTROL			