



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KRON KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖKÜLMESİ ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.22	ARALIK 2023	0	0	1 / 4

Hasta Bilgileri;

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

	Çevirmen İhtiyacı	
Çevirmen gerekli miydi?	Evet	Hayır
Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınız damıydı?	Evet	Hayır

Sayın hasta/velisi/vasisi,

Lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkımızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu süreçte sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Mevcut sistemik hastalıklar, alerjiler, kullanılan ilaçlar ve genel sağlık durumu ile ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.
- Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz. Randevu saatinde gelmemeniz durumunda, klinik yoğunluğuna bağlı olarak randevunuz başka bir güne ertelenebilir.

BİLMENİZ GEREKENLER

Ağızda var olan protezlerinizin yenilenmesi veya protezin altındaki doğal dişlerde oluşan sorunlar nedeniyle sabit protezlerin çıkarılması gerekebilir. Sabit protezin söküm işlemi sırasında çeşitli aletler ile vuruş veya titreşim şeklinde proteze kuvvet uygulanır. Uygulanan kuvvet sizde rahatsızlık hissi oluşturabilir. Kullanılan aletler keskin aletlerdir. Söküm sırasında alet kayabilir ve yumuşak dokularınıza zarar verebilir. Uygulama sırasında ağrı duymamanız için lokal anestezi yapılabilir ve buna bağlı çeşitli komplikasyonlar (alerji, geçici yüz felci, yüzde kızarma, morarma, şişme vb) gelişebilir. Sökülen sabit protezin ağıza düşmesi sonucu kontrolsüz bir şekilde yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir. Söküm işlemi sırasında protezinizde kırılmalar, bozulmalar veya eğilmeler oluşabilir. Protezin altındaki doğal dişler kırılabilir veya protezle birlikte çıkabilir. Bu durumda tedavi planı



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KRON KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖKÜLMESİ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.22	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

değişebilir ve bu durumdan doğacak ek ücretler hastaya aittir. Söküm sırasında meydana gelebilecek hasarlar veya dişlerin fazla zarar görmemesi için köprünün kesilerek çıkarılması hallerinde mevcut proteziniz tekrar kullanılamayacak hale gelebilir ve yenilenmesi gerekebilir. Protezin tekrar kullanılamayacağı durumlarda söküm sonrası destek dişlerin korunması için geçici protez yapımı gereklidir. Kron veya köprünüz ağızdayken, ağız içi muayene ya da radyolojik muayene (diş filmi) ile görülemeyen diş çürüğü ya da diğer benzeri problemlerin saptanması amacıyla, kron ya da köprünüz çıkarılmadan gerçekleştirilmesi imkansız diş tedavilerinizin (örneğin dolgu, kanal tedavisi, diş çekimi, dişeti tedavisi vb.) sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi amacıyla, mevcut kron ya da köprünüzün değiştirilmesini ya da tamirini gerektiren durumlarda (delik, kırık, dişeti sağlığının bozulması gibi) ve kron ya da köprünün sökülüp yeniden yapıştırılmasının gerekliliğinde (örneğin çok üyeli köprülerde, köprünün yapıştırdığı dişlerden kısmen ayrılması, kron ya da köprünün hatalı olarak yapıştırılması vb. durumlar) kron sökümü işlemi gerekebilir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik diş tedavisinde görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR; Sağlıklı protez takılmasını sağlamak

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Olası riskler: Kron / köprü protezlerinde çatlak veya kırık: Kron ya da köprülerin çıkarılması işlemi esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli davranırsa da, protezinizde yüksek oranlarda kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Kron-köprü sökümü işlemi sonucu protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin tamiri veya yeniden yapılması gerektiğinde, sağlık sigortanızın ve SGK'nın belirlediği protez giderlerinin karşılanma süreleri dışında iseniz, tüm mali sorumluluk size aittir. Kron/köprü protezlerinin çıkarıldığı dişlerde çatlak ya da kırıklar: Kron ya da köprü protezinizin çıkarılması işlemi esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli çalışsa da, uygulanan kuvvet veya basınca bağlı olarak, ilgili dişlerinizde kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Bu durumlar, dişlerinize dolgu veya kanal tedavisi yapılması gerektirebilir, hatta bazı durumlarda dişinizin çekilmesi gerekebilir.

Diş ve çevre dokuların travmatize olması: Kron/köprü sökümü işlemi sırasında uygulanan kuvvet veya basınç destek dişlerde travmaya neden olabilir. Bu gibi durumlarda, diş kanal tedavisi uygulanması gerekir. Kron/köprü sökümü için kullanılan aletlere bağlı olarak, dişetlerinizde, dilinizde veya çevre dokularda yaralanmalar oluşabilir.

Kron/köprü protezlerinin sökülememesi: Bazı durumlarda kron/köprü sökümünde kullanılan aletlerle proteziniz çıkarılamayabilir. Bu gibi durumlarda kronunuzun ya da köprünüzün kesilerek çıkarılması gerekir. Bu işlem protezinizi tekrar kullanılamaz hale getirir. Bu işlem sırasında protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin yeniden yapılmasının gerektiği durumlarda, tüm mali sorumluluk size aittir. Kron/köprü protezlerinin sökümü esnasında destek dişin çekimi (tamamen veya kısmen çıkması): Bazı durumlarda, örneğin kron ya da köprü içindeki dişleriniz sallanıyorsa veya etrafındaki kemik desteğini kaybetmişse vb., protezinizin söküm işlemi sırasında dişleriniz gömülü olduğu kemikten kısmen ya da tamamen çıkabilir. Bu durumda sabit ve varsa hareketli protezlerinizin yeniden yapılması gerekir. Protezinizin yeniden yapılması gerektiği durumlarda, tüm mali sorumluluk size aittir.

Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Kron köprü sökümüne nedenine bağlı olarak farklı komplikasyonlar meydana gelebilir. Örneğin dişlerde ağrı, şişme, dişetlerinde tedavisi zor problemler, dişeti çekilmesi gibi sonuçlar oluşabilir. Bu konuda diş hekiminize danışmanız gerekir. Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler: Zarar görmeden çıkartılan kron ya da köprülerinizin, tedaviniz bitince, hekiminizin önerileri doğrultusunda tekrar yapıştırılması gerekir. Bazı durumlarda hekiminiz, uygulanan tedaviye (kanal tedavisi, çekim gibi) ve protez planlamanızdaki değişikliğe bağlı olarak protezinizi yenilemenizi de isteyebilir. Protezlerinizin tekrar yapıştırılmadığı veya protezinizi yenilemediğiniz durumlarda, kronların çıkmış olduğu dişlerde hassasiyet, ağrı, çürük gibi durumlar ve uzun vadede dişlerinizde hareket (uzama, kayma vb.) meydana gelir.

LOKAL ANESTEZİ AYDINLATMA ONAM METNİ

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Lokal anestezi ağrı hissini azaltmak amacıyla yapılmaktadır.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KRON KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖKÜLMESİ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.22	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Tedaviye başlamadan önce, geçirmiş olduğunuz, sistemik, bulaşıcı hastalıklar veya alerjinizin olup olmadığı hususların hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir;

Tüm tedavilerin başarı oranı çok yüksek olmasına rağmen garanti edilemeyeceği, dolayısıyla tedavi edilen dişlerin çekiminin gerekebileceği, ileriki dönemlerde tedavinin ve hastalığın tekrarlayabileceği bilinmelidir.

Tedavi sırasında ve sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Bunların kullanım süreleri, kullanım şekilleri hekimin belirttiği şekilde uygulanmalıdır. İlaçların yan etkileri durumunda da hasta hekimine başvurmalıdır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Lokal Anestezi: Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Anesteziden beklenenler: Anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar. Anestezi yapılmazsa: Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem/sedasyon altında yapılmaktadır.

Yapılacak işlemler(tedaviler) sırasında ağrı duyulur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

İşlem sırasında alerjik reaksiyon gelişebilir, his kaybı, bulantı ve kusma olabilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırma ya da yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 5 dakikadır.

İşlem için onay veren hasta anestezi onayını kabul eder.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

- Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını; Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.
- İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını; Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.

Hasta/İmza:

Hekim/İmza:

HASTA ONAYI

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisiDiş Hekimitarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında 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.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KRON KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖKÜLMESİ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.22	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

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.

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK** hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyor ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyararak 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.

HASTA/VELİ/VASİSİNİN;	
ADI SOYADI:	
YAKINLIK DERESESİ:	
İMZASI :	
TARİH :...../...../.....	SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;	
ADI SOYADI:	
TELEFON NO:	
ADRESİ:	
TARİH :...../...../.....	SAAT...../..... İMZA

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 İşaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır.