



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
SABİT PROTEZLER AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.25	ARALIK 2023	0	0	1 / 5

**Hasta Bilgileri;**

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

Çevirmen gerekli miydi?	Çevirmen İhtiyacı	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 sürece 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.

**İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

**Sabit bölümlü protezler;** Sabit protez diş veya dişler üzerine yapıştırılan ve hasta tarafından çıkarılmayan, sadece hekim tarafından çıkarılabilen protez türleridir. Sabit protez yapımı için doğal diş veya dişlerinizin yeterli miktarda kesilerek küçültülmesi gerekmektedir. Gereken kesim miktarı sabit protezin türüne, kullanılacak malzemeye ve dişleriniz arasındaki mesafeye göre farklılık gösterir. Geleneksel metal seramik protezlerde dişin her yönünden yaklaşık 1,2-2 mm arasında kesim yapılır.

Sabit protezlerin uygulanacağı ağızlarda periodontal sorunların olmaması gerekir.

Yapılacak tedavilerin başarısı hastadan hastaya değişebilir ve protezin ömrü ile ilgili herhangi bir garanti verilmemektedir.

Sabit protez aşığıdaki tedavi seçeneklerini içermektedir:



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**SABİT PROTEZLER AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.25	ARALIK 2023	0	0	2 / 5

**Kron (Kaplama), Post-kor, Köprüler, Porselen inley ve onleyler, Porselen laminate uygulamaları**

**Tedavi aşamaları**

- \***Teşhis ölçüsü:** İlk ölçü, teşhis modellerinin elde edilmesi aşamasıdır.
- \***Diş preparasyonu (kesimi):** Sabit protez yapımı için doğal diş veya dişlerinizin yeterli miktarda kesilerek küçültülmesi aşamasıdır.
- \***Ölçü;** geçici protezlerin hazırlanması ve de daimi restorasyonun ütileceği modellerin elde edilmesi için alınan ölçü aşamasıdır.
- \* **Metal prova**
- \***Dentin prova**
- \***Glaze ve simantasyon (yapıştırma)**

Ölçü veya laboratuvar işlemlerindeki problemlerden dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir ve tedavi süresi uzayabilir.

**TEDAVİYE YÖNELİK KARŞILAŞILAN SORUNLAR**

Protez sonrası meydana gelen sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır.

- \* Dişlerin kesilmesinden yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişleriniz hassasiyet gösterebilir.
- \* Dişlerinizi korumak için geçici kuronlar hazırlanır. Daimi proteziniz takılıncaya kadar bunların dikkatlice muhafaza edilmesi gerekir.
- \* Geçici kronların düşmesi durumunda ihmal edilmeden hekime başvurulmalıdır, aksi takdirde dişlerde enfeksiyon ve kaymalar oluşabilir.
- \* Kalıcı simantasyon işlemi için aşırı gecikme de dişlerin hareket etmesine olanak verebilir. Bu durum protezin ilave ücretler ile yeniden yapılmasını gerektirebilir.
- \* Canlı dişlerde kesim işlemi lokal anestezi altında yapılacağı için anesteziye bağlı çeşitli komplikasyonlar (alerji, geçici yüz felci, yüzde kızarma, morarma, şişme..vb) oluşabilir.
- \* Kesim işlemi sonrası dişlerde kanal tedavi ihtiyacı oluşabilir ve şüpheli durumlarda planlama değişebilir.
- \* Geçici kronların düşmesi durumunda ihmal edilmeden hekime başvurulmalıdır, aksi takdirde dişlerde enfeksiyon ve kaymalar oluşabilir.
- \* Kalıcı simantasyon işlemi için aşırı gecikme de dişlerin hareket etmesine olanak verebilir. Bu durum protezin ilave ücretler ile yeniden yapılmasını gerektirebilir.
- \* Çürük veya kırılma sonrası yeterli diş dokusu bulunmayan dişlerde sabit protez uygulayabilmek için kanal tedavisi ve post uygulaması gerekebilir. Post diş kökü içerisine yerleştirilen vida veya millerdir.
- \* Postlar zamanla çeşitli nedenlerden dolayı kırılabilir, düşebilir veya diş kökü kırıklarına neden olabilir, bu durumda diş herhangi bir müdahale mümkün olmayabilir ve dişin çekimine karar verilebilir.
- \* Protezlerin yapıştırılması sonrası ağızda yabancı madde hissi, dişlerde hassasiyet, protezde çatlama, kırılmalar veya eklem ağrıları gibi durumlar görülebilir.
- \* Sabit protezler estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir.
- \* Tedaviye başlamadan önce hasta beklentilerini mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalıdır.
- \* Prova aşamalarında ise protezinin görünümünün ve renginin kabul edilebilir olduğunu onaylamalıdır. Yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetikle ilgili büyük bir değişiklik yapmak mümkün değildir.
- \* Protezinizin yapıştırıcısının kısmen veya tamamen gevşediği durumlarda mutlaka zaman geçirmeden hekiminize başvurunuz.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**SABİT PROTEZLER AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.25	ARALIK 2023	0	0	3 / 5

Meydana gelen sorunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraf hasta tarafından karşılanır.

### **Laminate Veneer Kron Restorasyonlar**

Laminate (Lamina) Veneer Kronlar, genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı kalan, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan, çok ince porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla, örneğin dişin şeklini, pozisyonunu, rengini düzeltmek gibi, uygulanır. Dişin ön yüzünden 0.5 mm'den daha az ve mine seviyesi sınırlı kalmak kaydı ile madde kaldırılır. Dişin tamamının kaplandığı kronlara göre çok daha az diş yapısı kaldırılrsa da, mineden aşındırma yapıldığında durum geri dönüşümsüzdür. Tedaviden Beklenenler: Uygulanan dişlerde estetiğin düzeltilmesi ve düzenlenmesi (renk, şekil, pozisyon vb.), çok az diş dokusunun kaldırılarak, diş yapılarının korunması, metal içermeyen estetik malzemelerle (porselen, zirkon gibi), doğal dişe en yakın görünümün elde edilmesi. Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Dişin tümünün kesilmesini gerektiren kronlar (kaplamalar) yapılır. Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler • Dişin ön yüzünden yapılan aşındırmalar sonucu geçici bir süre ya da daimi olarak dişler hassas hale gelebilir. Dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti gelişebilir. Bazı durumlarda dişlere kanal tedavisi yapılması gerekebilir. • Kullanım sırasında kırıklar ve çatlaklar oluşabilir. Bu durumda tamiri mümkün olmayabilir. Değiştirilmesi ya da tüm dişi kaplayan kronların yapılması gerekebilir. • Doğal dişlerle tam bir renk uyumu sağlanmayabilir. Ayrıca belirli bir süre kullanımdan sonra renklerinde değişiklik meydana gelebilir. Bu kronlar yapıştırılmadan önce renk, form ve estetik konusunda hekiminize onay vermeniz gerekir. Bir kere yapıştırıldıktan sonra bu kronlarda renkle ilgili değişiklik yapmak mümkün değildir. • Bu protezler bazı durumlarda dişten ayrılabilir. Bu kronları hekiminizin önerileri doğrultusunda dikkatli kullanmanız gerekir. Diş gıcırdatma, diş sıkma, travma, kalem gibi yabancı cisim ısırma alışkanlıkları bu kronların dişten ayrılma riskini artırır. Tekrar yapıştırma işlemleri kullanılan yapıştırıcıların özel olması nedeniyle hastaya ek bir maliyet getirebilir. • Laminate veneer kronların uygulandığı ağız hijyeninize dikkat etmediğiniz, sağlıklı bir diyetle beslenmediğiniz, hekiminize düzenli kontrollere gelmediğiniz ve ağız hijyeninin sağlanmasında hekiminizin önerilerini dikkatli bir şekilde yerine getirmedeğiniz takdirde, çürük ve dişeti hastalıkları meydana gelebilir

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler • Laminate veneerlerin kullanımı ve ağız hijyeninin sağlanması ve devamlılığı konusunda hekiminizin uyarılarını çok dikkatli uygulamanız ve hekiminizin belirttiği aralıklarla kontrole gelmeniz gereklidir.

Alternatif tedaviler: Fazla sayıda diş eksikliği olan veya tamamen dişsiz olan hastalar, kemik yapılarının, sistemik ve ekonomik durumlarının yeterli olması durumunda implant uygulamaları ile sabit protezlerle rehabilite edilebilmektedirler. Lütfen doktorunuzdan bilgi isteyiniz.

### **Genel Olarak Sabit Protetik Tedaviler**

Sabit protez, diş veya implant üzerine yapıştırılan ve hasta tarafından çıkarılamayan, sadece hekim tarafından çıkarılabilen protez türleridir. Sabit protez yapımı için doğal diş veya dişlerinizin bir miktar kesilerek küçültülmesi gerekmektedir. Gereken kesim miktarı sabit protezin türüne, kullanılacak malzemeye ve dişleriniz arasındaki mesafeye göre farklılık gösterir. Çürük veya kırılma sonrası yeterli diş dokusu bulunmayan dişlerde sabit protez uygulayabilmek için kanal tedavisi ve post uygulaması gerekebilir. Post diş kökü içerisine yerleştirilen vida veya millerdir. Tedaviden Beklenenler: Diş eksikliklerinin giderilerek hastanın çiğneme işlevinin ve estetiğinin düzenlenmesi, kanal tedavisi yapılmış dişlerin, çok büyük çürüklü dişlerin ileride kırılmasının önlenmesi, estetik ve kozmetik (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan) beklentilerin karşılanması, hareketli protez yapılacaksa, kroşe (kanca) gelmesi planlanan dişlerin protez için uygun hale getirilmesi, hassas bağlantılı hareketli protezlerde, bağlantı sağlayacak parçaların kaplamalara yerleştirilmesi ile daha estetik bir protez yapılabilmesi, dişleri aşınmış veya diş boyları çok kısa olan hastalarda estetiğin ve çiğneme işlevinin düzenlemesidir. Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Aşırı harabiyetli dişlerde kırıklar, diş eksikliklerinin köprü protezleri ile tedavi edilmediği durumlarda çiğneme işlevinde yetersizlik, dişlerin boşluğa doğru kayması veya uzaması, dişlerde aralanma ve estetik problemler, boşluğa komşu dişlerde çürükler, dişeti problemleri gelişebilir. Olası yan etki ve riskler: Kesim işlemi sonrası dişlerde kanal tedavisi ihtiyacı oluşabilir, kanal tedavisi uygulanacak durumlarda başarıyla sonuçlanmazsa diş çekimi gerekebilir ve şüpheli durumlarda planlama değişebilir. Ölçü veya laboratuvar işlemlerindeki hatalardan ve eğitim süreci içinde stajyer hekimler tarafından yapılan işlemlerde meydana gelebilecek aksaklıklardan dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir. Dişlerin kesilmesinden yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişleriniz hassasiyet gösterebilir. Dişlerinizi korumak için geçici kuronlar hazırlanır. Daimi proteziniz takılıncaya kadar bunların dikkatlice muhafaza edilmesi gerekir. Geçici kronların düşmesi durumunda ihmal edilmeden hekime başvurulmalıdır. Gecikme durumunda dişlerin hareket etmesi sonucu protezin ilave ücretler ile yeniden yapılması gerekebilir. İmplant üstü sabit protez yapımına implant iyileşme başlıkları takıldıktan 10-15 gün sonra başlanır. İmplant cerrahisi sırasında çeşitli sebeplerle istenmeyen pozisyonda konumlanmış bir implant varsa üzerine protez yapılamaz. İmplant provaları sırasında implant parçalarının ağza düşmesi sonucu kontrolsüz bir şekilde yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi istenmeyen durumlar ile karşılaşılabilir. İmplantların



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**SABİT PROTEZLER AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.25	ARALIK 2023	0	0	4 / 5

yerleşimi, protetik üst yapının yapılması ve takip döneminde gereken ek masraflar hastaya aittir. Protez parçalarında kırık ve çatlaklar, vidalarda kırık ve gevşemeler görülebilir. Protetik malzemeye alerji, dişeti hastalıkları, ağız bakım ve sağlığının sürdürülememesi, diğer ağız hastalıkları veya sistemik hastalıkların ağız bulguları nedeni ile protezler ve/veya implantların kaybı gibi sorunlarla karşılaşma riski vardır. Sabit protezler estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir. Tedaviye başlamadan önce hasta beklentilerini mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalıdır. Prova aşamalarında ise protezinin görünümünün ve renginin kabul edilebilir olduğunu onaylamalıdır. Yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetikle ilgili büyük bir değişiklik yapmak mümkün değildir. Postlar zamanla çeşitli nedenlerden dolayı kırılabilir, düşebilir veya diş kökü kırıklarına neden olabilir, bu durumda dişe herhangi bir müdahale mümkün olmayabilir ve dişin çekimine karar verilebilir. Protezinizin yapıştırıcısının kısmen veya tamamen gevşediği durumlarda mutlaka zaman geçirmeden hekiminize başvurunuz. Proteziniz, yeniden kullanılmasına engel bir durum yoksa tekrar yapıştırılabilir. Yapıştırıcının gevşemesi ilgili dişte zamanla ileri derece çürüklere, ağrıya ve hatta dişin çekimine kadar gidebilen tedavisi zor problemlere yol açabilir. Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Ağız bakımına dikkat edilmesi oluşabilecek problemlerin etkisini en aza indirmede önemlidir. Meydana gelen sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır. Bunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraflar hasta tarafından karşılanır. Yapılacak tedavilerin başarısı hastadan hastaya değişebilir ve protezin ömrü ile ilgili herhangi bir garanti verilmemektedir. SGK protez ödemeleri için 4 senelik bir süre koymuştur. Hastanın hakkı olan bu 4 yıl içerisinde SGK'nın belirlediği katkı payını ödemelidir. 4 senesi geçmemiş bir protezde kanal tedavisi gibi alttaki dişlerde tedavi gerekli olduğunda ve protez kesilerek çıkartılmak zorunda kalındığında hasta protez ücretini özel olarak yeniden ödemelidir. Bu tedaviler yaklaşık 4-5 seans sürebilmektedir.

## **LOKAL ANESTEZİ AYDINLATMA ONAM METNİ** **BİLMENİZ GEREKENLER**

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

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.

## **İŞLEMEN 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 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.



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
SABİT PROTEZLER AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.25	ARALIK 2023	0	0	5 / 5

### 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

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.

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 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

HASTA/VELİ/VASİSİNİN;

ADI SOYADI:

YAKINLIK DERECESESİ:

İMzası :

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

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

İMzası:

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 İşaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır.**