



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**LAMİNATE VENEER RESTORASYONLAR**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.19	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,**

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. 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. Tamsal 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 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. 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. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

**İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME**

**Sabit bölümlü protezler;** Sabit protez diş veya dişler üzerine yapıştırılan ve hasta tarafından çıkarılamayan, 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 dişlerinizin 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 aşağıdaki tedavi seçeneklerini içermektedir:

**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.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**LAMİNATE VENEER RESTORASYONLAR**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.19	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

### 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 taktirde 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 taktirde 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 dişe 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.

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

**Laminate 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.

### Anestesi Uygulaması:

Uygulama esnasında kullanılan lokal anestesi aydınlatılmış onam formunu imzalar ve kabul eder.

### 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 başvurulmalıdır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

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



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**LAMİNATE VENEER RESTORASYONLAR**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.19	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

### 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 ısırılmaya bağlı 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

Tedavi süresinde/sirasında 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 sağlığımı korumayı amaçladığımı, 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 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.



**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**LAMİNATE VENEER RESTORASYONLAR**  
**AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.19	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

**HASTA/VELİ/VASİSİNİN;**

ADI SOYADI:  
YAKINLIK DERECESESİ:  
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 İşaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır.**