



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KRON-KÖPRÜ SÖKÜMÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.17	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 1 / 2
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------------

Sayın Hasta / Kanuni temsilcisi;

Bu RIZA (Onam) formunun amacı; tedaviniz için uygulanacak tüm işlemler/uygulamalar sırasında, karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi belgelemek, sizden onay ve imza almaktır. Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Tedaviye başlamadan önce, geçirmiş olduğunuz sistemik (kalp, tansiyon, şeker, böbrek, epilepsi, guatr vb)/ bulaşıcı hastalıklar (hepatit, aids) hakkında ve kemoterapi ve radyoterapi alıp almadığınız, alerjik reaksiyon gösterip göstermediğiniz konularında hekiminizi bilgilendirmeniz önem arz etmektedir. Sizde mevcut bir sistemik hastalık varlığında ya da kullandığınız ilacın yapılacak tedaviyi olumsuz etkilemesi halinde doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmanız için gerekli önlemler konusunda tedavinin her aşamasında bilgiler sizinle paylaşılacaktır.

İşlemin Tanımı; Kron ya da köprünüz çıkarılmadan gerçekleştirilmesi imkansız diş tedavilerinizin (örneğin dolgu, kanal tedavisi, diş çekimi, dişeti tedavisi vb.) sağlıklı bir şekilde yapılması gerektiğinde, ağız içi muayene ya da radyolojik muayene (diş filmi) ile görülemeyen diş çürüğü ya da diğer benzeri problemlerin saptanması amacıyla, mevcut kron ya da köprünüzün değiştirilmesi ya da tamirinin gerektiği durumlarda (delik, kırık, dişeti sağlığının bozulması gibi), kron ya da köprünün sökölüp yeniden yapıştırılması söz konusu olduğunda, (çok üyeli köprülerde, köprünün yapıştırıldığı dişlerden kısmen ayrılması, kron ya da köprünün hatalı olarak yapıştırılması vb) kron veya köprü protezlerinin sökölmesi gerekebilir. İşlem yaklaşık olarak 5-45 dakika sürmektedir.

Tedaviniz sırasında ağrı ve acı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) veya rejyonel (sinir dokusunun blok halinde uyuşturulmasına) anestezi gerekebilir. Eğer anestezi uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyabilirsiniz ve tedavi yapılamayabilir. Anestezinin etkisi 1-4 saat sürebilir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Uyuşukluğa bağlı dudak, yanak ve dil ısırmasına bağlı travmatik yaralanmalar olabilir. Bazen alt dudakta ve dilde anesteziye bağlı olarak geçici ya da kalıcı uyuşukluk oluşabilir. Anestezi sonucunda nadiren alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi maddeye alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce ve hekimine söylemesi gerekmektedir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra belli bir süre yeme içme ve çiğneme yapılmaması önerilir.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar;

Kron / köprü protezlerinde çatlak veya kırık: Kron ya da köprülerin çıkarılması esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli davranırsa da, protezinizde kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Kron-köprü sökümü işlemi sonucunda protezinizde meydana gelen sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin tamiri veya yeniden yapılması gerektiğinde, sağlık sigortanızın ve SGK' nın belirlediği protez giderlerinin karşılanma süreleri içinde değilseniz tüm mali sorumluluk size aittir. Eğer protez giderlerinin karşılanma süresi içinde iseniz sadece katkı payı ödemesi yapmanız yeterli olacaktır.

Kron/köprü protezlerinin çıkarıldığı dişlerde çatlak ya da kırık: Kron ya da köprü protezinizin çıkarılması işlemi esnasında ne kadar dikkatli çalışılırsa çalışılsın uygulanan kuvvet veya basınca bağlı olarak ilgili dişlerde özellikle madde kaybı mevcut olduğunda kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Bu durumda dişlerinize dolgu veya kanal tedavisi yapılmasını gerekebilir. Oluşan kırık bazı durumlarda dişinizin çekilmesini gerektirebilir.

Diş ve çevre dokuların travmatize olması: Kron/köprü sökümü işlemi sırasında uygulanan kuvvet veya basınç destek dişler etrafındaki çevre dokularda travmaya bağlı küçük kanamalara yol açabilir. Eski restorasyonun yumuşak dokulara yapmış olduğu baskı nedeniyle dokular iyileşene kadar beklenmek durumunda kalınabilir ve yapılacak tedavi gecikebilir.

Kron/köprü protezlerinin sökölmemesi: 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 sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan tüm mali sorumluluk size aittir.

Kron/köprü protezlerinin sökümü esnasında destek dişin çekimi (tamamen veya kısmen çıkması): Kron ya da köprü içindeki dişleriniz sallanıyorsa veya etrafındaki kemik desteğini kaybetmişse 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 SGK ödeme kapsamı dışında kalan tüm mali sorumluluk size aittir.

Zarar görmeden çıkartılan kron ya da köprülerinizin tekrar yapıştırılması: Kron veya köprü proteziniz zarar görmeden çıktığı takdirde hekiminizin uygun görmesi halinde tekrar yapıştırılabilir. Destek dişlere kanal tedavisi, dolgu, çekim gibi tedaviler uygulanması gerekebilir. Bu durumda hekiminiz planlamadaki değişikliğe bağlı olarak protezinizin yenilenmesine gerek duyabilir. Protezlerinizin tekrar yapıştırılmadığı veya yenilenmediği durumlarda destek dişlerde hassasiyet, ağrı, çürük, uzun vadede dişlerinizde uzama ve devrilme meydana gelebilir.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Yukarıda yazılanları okuduğumu, doktoruma genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı beyan ederek; tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu, verilen randevulara aksatmadan gelmesinin, hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceğini bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Hasta / Hasta Yakını Adı Soyadı : (Lütfen kendi yazınızla 'OKUDUM VE ANLADIM' yazarak imzalayınız) İmza: Tarih:/...../ 20..... Saat:/..... BARKOD	Hekim Adı Soyadı/Ünvanı: İmza:
--	---