



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman Kodu HHD.RB.19	Yayın Tarihi 25.12.2024	Revizyon Tarihi	Revizyon No 00	Sayfa Sayısı 1 / 2
---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------------	-----------------------

Sayın:.....
.....

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en temel hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Size verilen bilgileri okuyunuz böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı diş sağlığını iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuzla ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Ayrıca radyoterapi tedavisi, gebelik durumu veya ihtimali vb. durumunuzu hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemesinden kaynaklanan sorumluluk size aittir. Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevu saatlerine uymanız önem arz etmektedir. Gelmeniz mümkün olmadığında randevu sürenizi 24 saat öncesinde iptal ettiriniz. Randevu saatinde gelmemeniz durumunda klinik yoğunluğuna bağlı olarak randevunuz başka bir güne ertelenebilir. Tedavi başlangıcında tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için dişlerinizden veya çenelerinizden röntgen çekilmesi gerekebilir. Çekilen röntgen filmleri;

- Gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (örneğin; dişler arasındaki çürüklerin ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ya da diğer zararların görülmesini sağlar.
- Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir
- Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar
- Diş kaynaklı enfeksiyonların kemik dokulu yapıya yayılıp yayılmadığını gösterir
- İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, Ortodontik tedavinin başında ve sürecinde yararlı ve gereklidir.
- Kemik ve yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır.

Diş çene ve yüz bölgemizde istenecek görüntülenme tetkikleri, genel ya da ağız sağlığını etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir. Şu anda diş ve çevre dokularının görüntülenmesinde röntgene alternatif bir yöntem yoktur. Kliniğimizde X-ışını kullanarak ağız içerisinden ve ağız dışından röntgenler çekilmektedir.

İstenecek röntgen tetkiki ve adedini hekiminizi belirler. Bunun yanında gerekli durumlarda 3 boyutlu dental bilgisayarlı tomografi çekilebilir. Röntgen çekiminde kullanılan X-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin tanınız, tedavi planlamanız, tedavi aşamalarının takibi ve kontrol amacı ile gereken en az sayıda röntgen isteyecektir.

Nadir olsa da görüntüleme esnasında pozisyonumu değiştirmem veya teknik ekipmanda oluşabilecek bu aksaklıklardan dolayı görüntüleme işleminin tekrarlanması gerekebileceği anlatıldı.

Başvurduğunuz sağlık kuruluşunun bir üniversite hastanesi olması nedeniyle diş hekimliği stajyer öğrencileri eğitim amaçlı olarak öğretim yeleri ve /veya araştırma görevlileri gözetiminde klinik muayene ve görüntülenme işlemlerinizi gerçekleştirilebilir.

ONAY:

Aşağıda İmzası :

Olan ben/hastanın

vasisi:.....

.....dişhekimisi.....

.....tarafından

Konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim. Durumlarla birlikte planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularda bilgilendirildim, anladım ve kabul ettim

Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçlandığı tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim

Belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana / vasisi olduğum kişiye ait anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim

Hasta hakları ve sorumluluklarına hakim ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Tedaviyi kabul ettikten sonra bana /vasisi olduğum kişiye ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların eğitim ve /veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. Kişisel verilerimin kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kuruluşlarla paylaşılmasına

.....

(veriyorum- vermiyorum el yazısı ile

yazınız).....(el yazısı ile okuduğumu anladım,

kabul ediyorum)

TARİH:.....

.....

HASTA ADI

–SOYADI:.....

.....

İMZA:.....

.....

- YASAL TEMSİLCİ VESAYET ALTINDAKİLER İÇİN VASİ, YAŞIT OLMAYANLAR İÇİN ANNE BABA BUNLARIN BULUNMADIĞI DURUMLARDA BİRİNCİ DERECEDE KANUNİ MİRASÇILARDIR.

(Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz)