



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ORTODONTİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM
BELGESİ

KOD	HHD.RB.25	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	1/2
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

Sayın Hasta, Sayın Veli/Kanuni Temsilci:

Bu formun amacı sizi yapılacak tedavi / işlem ile ilgili bilgilendirmek ve rızanızı almaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz.

Bu bilgilendirme formu diş taşı temizliği işlemlerini anlatırken aynı zamanda işleme bağlı gelişebilecek olası riskler, tedavi yöntemleri, tedaviden beklenen faydalar, tedavi olunmaz ise ortaya çıkabilecek durumlar ile hastanın sorumlulukları konusunda bilgi vermektir. Bu formu okuduktan sonra hekiminize işlemle ilgili merak ettiğiniz başka soruları da sorabilirsiniz.

İşlemin yapılabilmesi için bu bilgilendirme formu okunduktan sonra hastanın kendisi tarafından imzalanması gerekmektedir. Eğer hasta yaşı veya tıbbi nedenlerden ötürü onam veremiyorsa Vekili/Kanuni Temsilcisi tarafından okunup doldurularak imzalanır.

ORTODONTİK TEDAVİ:

Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemten beklenen faydalar: Hastalığın muhtemel sebepleri genetik veya çevresel faktörlerden oluşabilir. Teller ve ağız içi ve/veya ağız dışı aygıtlar yardımıyla diş dizisinin düzeltilmesi işlemidir. Dişlerdeki çapraşıklığın giderilmesi, çene kemiklerinin düzeltilmesi, sağlıklı çiğneme fonksiyonunun kazandırılması, dental estetiğin sağlanması, yüz estetiğinin iyileştirilmesi. *Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi:Uygulama Ortodonti Uzmanı Diş Hekimi tarafından klinik muayene odalarında yapılır. Tedavi amacıyla dişlerin üzerine tutucu parçalar(braket)yapıştırılıp bunların içinden teller geçirilecektir. Gerekli olduğunda çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidalar, çeneyi genişleten vidalı aygıtlar,metal yaylar,lastik zincirler kullanılabilir. Kimi zamanda hasta tarafından takıp çıkarılması gereken ağız dışı aygıtların (enselik, yüz maskesi vb.) veya ağız içi/dışı lastik halkaların kullanılması gerekebilir. Tahmini süre, Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama randevu sıklığı 4 haftada birdir. Ortodontik tedavi süresi malokluzyonun durumuna göre 1 ila 5 yıl arasında değişmektedir. Tedavinin süresi her hastanın şikayet ve rahatsızlıklarının şiddetine göre değişmektedir. Ancak genel olarak ortodontik tedavi uzun sürelidir. Bazı şikayetlerin tedavisi tek aşamalı, bazılarının tedavisi ise iki-üç aşamadan oluşmaktadır. Tedavi süresini hasta uyumu önemli seviyede etkilemektedir. *Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: İşlemin alternatifi yoktur. *Muhtemel riskler / Komplikasyonlar: Ortodontik tedavi sırasında hastalar bazı olumsuzluklar yaşayabilir. Dişlerdeki metal ve lastik aygıtlar geçici olarak yemek yeme, konuşma ve yutkunma güçlüğü yaratabilir. Dudak, yanak ve dilde yaralar oluşabilir. Ağız bakımı zorlaşabilir. Kimi zamanda braket kopması, tellerin kırılması gibi istenmeyen durumlar gelişebilir. Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler ve dişetlerinde iltihaplar oluşabilir. Tedavi esnasında yetersiz ağız hijyenine bağlı oluşacak olumsuzluklardan hastanın kendisi (varsa velisi/vasisi) sorumludur.Hasta ile kooperasyonun sağlanamaması(Müdahale sırasında işlemi etkileyecek şekilde hastanın hareket etmesi) nedeniyle çevre dokularında yaralanmalar vb. komplikasyonlar gerçekleşebilir.

*Uygulanmaması/Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler: Oluşabilecek riskler, Estetik kaybı, konuşma ve beslenme fonksiyonlarında yetersizlikle karşılaşılabilir. *Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Ortodontik tedavi işlemleri için herhangi bir ilaçkullanılmamaktadır.*Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalı, asitli içeceklerden ve sert gıdalardan kaçınılması önerilir.*Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Hafta içi mesai saatleri içerisinde kurumumuz uzman hekim randevu sisteminden ortodonti uzmanlarına randevu alarak müracaat edebilir.Hasta, Veli veya Kanuni Temsilcinin Onam Açıklaması:

Planlanan tedavinin/ işlemin ne olduğu gerekliliği, tedavinin/ işlemin seyri ve diğer işlem seçenekleri, bunların riskleri, tedaviyi/işlemi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, işlemin/tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri HEKİMİM TARAFINDAN SÖZEL OLARAK AYRINTILI ANLATILDI. Ayrıca BU RIZA FORMUNU OKUYARAK da ayrıntılı bilgi edindim.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ORTODONTİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM
BELGESİ

KOD	HHD.RB.25	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	2/2
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

Tedavi /İşlemden sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Bana sağlık durumumla ilgili gerekli açıklamalar yapıldı ve tüm sorularım anlayabileceğim bir şekilde cevaplandı.

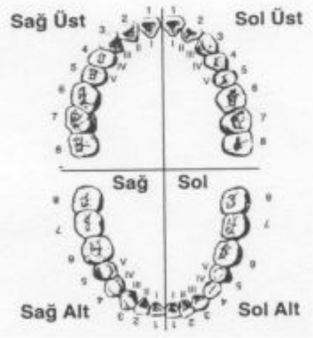
Tedaviyi /İşlemi yapacak Diş hekimi hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verebilecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim takdirde, tedaviye/işleme onay vermek zorunda olmadığımı biliyorum.

TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM.(Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız)

Lokal anestezi sonrası olası alerji ve diğer yan etkiler gibi istenmeyen tablolar gelişebileceği tarafıma açıklandı.

Olası yan etkiler gerçekleştiğinde tedavi eden hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından antihistaminik, adrenalin, kortizon gibi tedaviye yönelik ilaçların kullanılmasına izin veriyorum.

Covid-19 Pandemisine bağlı olabilecek her türlü risk tarafıma anlatıldı. Okudum, anladım, kabul etmekteyim.



formunda yazılanların tümünü okudum ve /veya bana anlatıldı ve anladım. Sorularımı soru sormama izin verildi ve sorularım cevaplandı. İlgili tedavinin/işlemin

tarafıma yapılmasını kabul ediyorum.

Aşağıdaki noktalı yere kendi el yazınız ile 2 sayfadan oluşan bu onamı 'OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM, RIZA BELGESİNİN BİR NÜSHASINI ELDEN TESLİM ALDIM' DR./DT..... TARAFINDAN YAPILACAK OLAN TEDAVİ KONUSUNDA AYDINLATILDIM,BİLGİLENDİRİLDİM,RIZA GÖSTERİYOR VE ONAYLIYORUM) yazarak imzalayınız.

Hastanın Adı Soyadı

Hastanın Veli / Kanuni
Temsilcisinin
Adı Soyadı

Hekim / Kaşe

Müracaat No:

İmza

İmza

İmza

Tarih / Saat

14.12.2021 16:13

Tarih / Saat

14.12.2021 16:13

Tarih / Saat

14.12.2021 16:13