



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

## ORTODONTİK TEDAVİ ( TEL TEDAVİSİ ) ONAM FORMU



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu  
HD.FR.30

Yayın tarihi  
01.06.2015

Revizyon No  
02

Revizyon tarihi  
27.05.2024

Sayfa No / 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 alıp, imza altına alınmasıdır.

- 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 çekimin 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.
- Tedaviniz sırasında ağrı ve acı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) anestezi gerekebilir. İşlem yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Etkisi 1-2 saat sürebilir. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi maddeye alerji olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce ve hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir. Eğer uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyar ve tedavi gerçekleştirilemeyebilir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra belli bir süre yeme içme ve çiğneme yapmayınız. Tedaviye başlamadan önce anestezi sırasında yaşadıkları bir olumsuzluk varsa belirtiniz.
- Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.
- Gerekliğinde tıbbi yardıma ulaşmak için 0 332 223 1174 telefondan tedavi/işlem yaptırdığınız kliniğe dahili numaralardan ulaşabilirsiniz.
- Bu form iki nüsha düzenlenir, bir nüshası hastaya verilir. Onayınızdan sonra da olsa işlem başlanmamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.
- Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Hastanemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizdeki Bize Yazın bölümünden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

Tanımız / Ön tanımız: .....

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
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
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

**İşlemin Tanımı;** Ortodontik tedavi ( tel tedavisi)

**İşlemin Kim tarafından ve Nerede Uygulanacağı;** ; Uygulama Araştırma Görevlileri ve Öğretim Görevlileri tarafından klinikte yapılacaktır.

**İşlemden Beklenen Faydalar;** Çenelerin, dişlerin, yumuşak dokuların fonksiyonel ve estetik olarak tedavi edilmesi amaçlanır.

**Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar;** Braketler ilk yerleştirildiklerinde ve seanslar arasında ortodontik teller brakete uyumlandırıldıklarında rahatsızlığa sebep olabilirler. İlk 3-4 gün ısırma sırasında hassasiyet meydana gelebilir. Braketlere adapte olana kadar ilk birkaç hafta dudak, yanak ve dilde irritasyon/yaralanma olabilir. Bazı apareyler ilk birkaç gün konuşma gücünü meydana getirebilir. Apareylerin hasar görmesi, braketlerin kırılması tedavi süresini uzatabilir ve sonuçları olumsuz etkileyebilir. Ortodontik apareylerin etrafındaki besin artıkları ve buna bağlı olarak dişler üzerindeki plak oluşumu; diş minesinin çözünmesine, diş çürüklerine, dişeti hastalıkları, dişlerde canlılık kaybı ve dişler üzerinde geri dönüşümü



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

## ORTODONTİK TEDAVİ ( TEL TEDAVİSİ ) ONAM FORMU



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu  
HD.FR.30

Yayın tarihi  
01.06.2015

Revizyon No  
02

Revizyon tarihi  
27.05.2024

Sayfa No / Sayfa Sayısı  
2/2

olmayan hasarlara sebep olabilir. Düzenli randevularına gelmeyen hastalarda dişe uygulanan kuvvetlerin periyodik olarak hekiminiz tarafından ayarlanamaması sonucu dişlerde ve alveol kemiklerinde erime (rezorpsiyon) meydana gelebilmektedir. Bu durumlar hastanın ağız hijyenine yeterli özeni göstermemesinden kaynaklanacağı gibi, bireysel yatkınlık, dişlerin anatomik yapılarındaki olumsuzluklar ve apareylerin yanlış kullanımı ile oluşabilir. Vakaya göre tedavi esnasında kullanılacak olan elastikler, yaylar, minividalar, sabit apareyler gibi mekaniklerin yan etki ve komplikasyonları da yukarıda anlatıldığı gibidir.

**İşlemin Tahmini Süresi;** Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama randevu sıklığı 4 haftada birdir. Ortodontik tedavi süresi maloklüzyonun durumuna göre 1 ila 4 yıl arasında değişmektedir.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar;** Mevcut maloklüzyonun durumuna göre değişiklik göstermekle birlikte; dişlerdeki çapraşıklıklar sonucu ağız temizliği tam olarak yapılamaz; dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar, dişeti büyümeleri ve kanamalar ile ağız kokusu oluşabilir. Çene ilişkilerinde uyumsuzluk olan hastalarda konuşma, yutkunma, çiğneme gibi fonksiyonel hareketlerdeki yetersizlik tedavi edilememiş olur.

**Alternatifi:** Alternatif bir tedavi yoktur.

**Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkımın olduğunu biliyorum. Sözel ve yazılı tüm bilgilendirmeleri yeterli buluyorum. Yapılacak tüm muayene ve tedaviler için "Aydınlatılmış Rıza (Onam) Formu"nu okudum, anladım, kabul ediyorum ve özgür irademle onaylıyorum. Bu formun 1 nüshasını teslim aldım.**

**Aydınlatılmış bu Onam Formunu** Hasta, kodu el yazısı ile "okudum, anladım, kabul ediyorum ve onaylıyorum" yazacaktır.

Hasta / Kanuni Temsilcisi Adı Soyadı : (Hasta için barkod etiket yapıştırılabilir)...

İmza:

Rızanın alındığı Tarih: ...../...../ 20.....

Saat: ...../.....

Hekim Adı Soyadı:

İmza:

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan