
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	Protetik Diş Tedavisi ilk muayene Aydınlatılmış Hasta Onam (Rıza) Formu			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.68	Yayın tarihi 30.10.2017	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 29.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/2

Sayın Hastamız,

Aşağıda size verilen bilgileri okuyunuz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri kabul etmiş olacaksınız. Tedavi planlamasının fayda ve risklerini öğrenmek sizin tedavi sonunda memnun olmanızı sağlayacaktır. Bu bilgiler fakültemiz kliniklerinde çalışan stajyer diş hekimi ve diş hekimlerinin size vereceği hizmetin detaylarını içermektedir.

- Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.
- Gerekğinde tıbbi yardıma ulaşmak için 0 332 223 12 10 telefondan tedavi/işlem yaptırdığımız kliniğe dahili numaralardan ulaşabilirsiniz.
- Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Hastanemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Hasta Hakları birimi ile görüşebilirsiniz. Web sitemizdeki Bize Yazın bölümünden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileğiyle.

Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı

BİLGİLENDİRME

Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Lisans, Uzmanlık ve Doktora eğitimi ile birlikte sağlık hizmeti de veren bir kamu kuruluşudur.

Diş Hekiminin işlem öncesi ve sırasında genel tıbbi durumunuzu bilmesi hayati önem arz etmektedir. Lütfen aşağıdaki tabloda yer alan bir rahatsızlığınız var ise; kutucuklara çarpı (X) işareti koyunuz.

Alerji		Kalp-Damar Hast.	
Tansiyon		Diabet	
Kan hastalığı		Kanser Tedavisi	
AIDS, Zührevi Hst.		Radyoterapi	
Astım		Hepatit	
Epilepsi		Böbrek Hast.	

İşlemin Tanımı; 14 yaş üstü kişilerin protetik amaçlı olarak protez öncesi muayenesini kapsar.

Kron Sökümü: Kron/köprü sökümü; alttaki destek dişlerin değerlendirilmesi, kanal tedavisi, çürük tespiti veya diş çekimi gibi işlemler için anestezi veya anestezi olmadan kron sökücü aletler ile yapılır. Kron/köprüler bu işlemle çıkmadıysa kron/köprünün kesilmesi gerekir ve protez tamamen kullanılmaz hale gelebilir. Bu işlem esnasında protezde çatlak, kırık oluşabilir, alttaki diş kırılabilir veya çekime gidebilir. Protezin tamiri veya yeniden yapılması gerekli ise tüm mali giderler hastaya aittir.

Geçici Kron: Kesilmiş dişlerin üzerine gerçek protezler yapılana kadar ölçü alınarak akrilik geçici kronlar hazırlanır. Geçici kronlar gerçek protezlerin renk ve şeklini birebir yansıtmayabilir. Geçici olarak yapılandırıldığı için zamanla düşebilir.

Tamir: Sabit ve hareketli protezlerde kırık veya çatlak olduğu zaman ağız içerisinde veya laboratuvarında teknisyen tarafından tamir yapılabilir. Tamir sonucunda renk farkı olabilir ve yeniden kırık veya çatlak oluşabilir.

Besleme: Zaman içinde tutuculuğunu kaybetmiş hareketli protezlerin içine besleme yapılabilir. Besleme sonucunda protezde tam bir tutuculuk sağlanamayabilir, vuruş olabilir, protezin ve dişlerin uyumu bozulabilir.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	Protetik Diş Tedavisi ilk muayene Aydınlatılmış Hasta Onam (Rıza) Formu	 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ		
Kodu HD.FR.68	Yayın tarihi 30.10.2017	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 29.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/2

Gece Plağı: Diş sıkma, gıcırdatma, brüksizm veya cerrahi amaçla ağıdan ölçü alınarak alt veya üst çeneye laboratuvarında plak hazırlanır. Doktor tarafından plağın ağza uyumlanabilmesi için ikinci bir randevu verilir.

İşlemin Kim tarafından ve Nerede Uygulanacağı; Uygulama Araştırma Görevlileri ve Öğretim Görevlileri tarafından klinikte yapılacaktır. Uygulama Öğretim Görevlileri ve Araştırma Görevlileri gözetiminde Stajyer Diş Hekimleri tarafından da yapılabilir.

İşlemden Beklenen Faydalar; Ağız ve Diş tedavilerine gereksinimi olan hastaların genel sistemik sağlık ve diş sağlığı açısından değerlendirilmesi; hastanın menfaatine yönelik, doğru bir uygulamadır.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar; Diş tedavileri çok büyük bir çeşitlilik arz etmekte ve pek çok hastada birden fazla tedavi gereksinimi olabilmektedir. Bu tedavilerin doğru olarak planlanması, daha konforlu ve daha kısa süreli tedavi süreçleri sağlamaktadır. Ayrıca her zaman tam bir tedavi planlaması olanağı bulunmamaktadır. Bu nedenle, hangi tedavilerin öncelikli olarak yapılması gerektiğine bu muayene sırasında karar verilir.

İşlemin alternatifleri; işlemin alternatifi bulunmamaktadır.

İşlemin riskleri ve komplikasyonları; Yoğun diş eti iltihabı bulunan hastalarda diş etlerinde çok az bir kanama ve yine çok az bir ağrı oluşabilir. Dişlerin kök uçlarındaki dokuları değerlendirilmesi için kullandığımız aletlerin sapıyla dişlere perküsyon adımı verdiğimiz işlem uygulanabilir. Bu işlem sırasında dişleri ve onu çevreleyen dokularında derin çürük ve iltihabi bir olay bulunan hastalarda yine bir miktar ağrı duyusu oluşabilir. Bu işlemler teşhisinizin doğru olarak konması için gereklidir.

İşlemin Tahmini Süresi; 30 dk ile 1 saat

Kullanılacak ilaçlar; ilaç kullanılmaz

Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri; Hastaya her hangi bir işlem yapılmaz. Tanı amaçlı muayene yapılır.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği; Mesai saatleri içerisinde Diş Hekimliği fakültesi, ADSH veya ADSM'lere; mesai dışı saatlerde açık olan ADSM'lere başvurulabilir.

YAPILACAK İŞLEM	X	YAPILACAK İŞLEM	X
Hazırlayan		Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onayl Dekt.
MUAYENE			
KRON SÖKÜMÜ		BESLEME	
GEÇİCİ KRON		GECE PLAĞI	

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 Hasta Onam Formunu Hasta kendi el yazısı ile "Okudum, anladım, kabul ediyorum ve onaylıyorum" yazmalıdır.

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