
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	<b>RÖNTGEN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM (RIZA) FORMU</b>	 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ		
Kodu HHD.FR.27	Yayın tarihi 27.10.2017	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 27.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

Diş Hekiminin Tedavi 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.

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

Bu formda kliniğimizde size ve yakınınıza yapmış olduğumuz muayene ve tetkikler sonucunda planlanan tedavi ve işlemler belirtilmiş olup; onay vermeniz halinde uygulanacaktır.

RÖNTGEN ÇEKİLECEK DİŞ/DİŞLER	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

PANOROMİK FİLM	<input type="checkbox"/>
PERİAPİKAL FİLM	<input type="checkbox"/>
OKLUZAL FİLM	<input type="checkbox"/>
BİTE WİNG FİLM	<input type="checkbox"/>
CBCT TOMOGRAFİ	<input type="checkbox"/>

### 1-RÖNTGEN ÇEKİMİ

**İşlemi Kim, Nerede, Ne Şekilde, Nasıl Uygular:** Röntgen teknisyeni tarafından mevzuata uygun olarak yapılandırılmış röntgen biriminde uygulanır. Hastaya ve cihazlara uygun pozisyon verilir. Hastanın bu pozisyonu koruması istenir.

**İşlemin Tahmini Süresi:** 2-10 dakika olabilir.

**İşlemden Beklenen Faydalar:** Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için gereklidir.

Yukarıda Belirtilen İşlemleri Kabul Ettiğinizi **"Okudum-Anladım-Onaylıyorum"** İbaresini Kendi El Yazınızla Yazarak **Onaylayınız.**

Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisinin Adı Soyadı: ..... (Yakınlık Derecesini Belirtiniz).....	İmzası:	Bilgilendirmeyi ve İşlemi Gerçekleştirenin: Adı Soyadı/Kaşesi: Tarih, Saat, İmzası:
---	---------	---

<b>Hazırlayan</b>	<b>Kontrol Eden</b> Kal. Yön. Sorumlusu	<b>Onaylayan</b> Dekan