
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Aydınlatılmış Hasta Onam (RIZA) Formu			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HHD.FR.51	Yayın tarihi 30.10.2017	Revizyon No 2	Revizyon tarihi 10.01.2025	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.

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



İşlemin Tanımı; 16 yaş ve üstü kişilerin İlk muayenesini kapsar. Teşhis sonucuna göre tedavilerinizin yapılacağı kliniklere sevk edilirsiniz.

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.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Aydınlatılmış Hasta Onam (RIZA) Formu			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HHD.FR.51	Yayın tarihi 30.10.2017	Revizyon No 2	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/2

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 adını 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.

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 kendi 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. Sorumlusu	Onaylayan Dekan