



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.D.
ORTODONTİK TEDAVİ İÇİN HASTA SÖZLEŞMESİ FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.02	Yayın Tarihi: 01/06/2017	Revizyon No: 1	Revizyon Tarihi: 23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı: 1/2
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------	------------------------------------	-----------------------------------

1-Tedavi süresi2-3 yıl olup bazı durumlarda daha uzun sürebilir.Hastanın tedavisinin tamamının kliniğimizde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.Herhangi bir nedenle hastanın başka bir kliniğe nakledilmesi söz konusu değildir.(Fen lisesi,üniversite sınavı,tayin ve başka nedenlerle ikametini değiştirmesinin söz konusu olacağı durumlarda tedaviye başlanmayacaktır.Tedaviye başlamış hastaların kayıtları ise hiç bir şekilde kliniğimiz dışına verilmeyecektir.)

2-Randevu günü ve saati dışında gelen hastaya kesinlikle bakılmayacaktır.Önemli mazeretler nedeniyle randevu değişikliği gerektiğinde bu isteğin randevu tarihinden önce telefon ile bildirilmesi gerekmektedir.Bu takdirde müsait olan en yakın zamana yeni bir randevu verilecektir.

3-Tedavi süresince doktorun tüm talimat ve önerilerine uyulması zorunludur.

4-Ağız bakımına dikkat etmeyen,braketlerini sık sık koparan,apareylerini kaybedip kıran,hekimin tavsiyelerine uymayan hastaların tedavisine son verilir.

5-Kullanım sırasında kırılan veya kaybolan apareylerin yenilenme ücreti,düşen braketlerin ücreti ve yapıştırma ücreti bizzat hastanın kendisi tarafından ödenecektir.Bu madde resmi sevkli hastalar için de geçerlidir.Kurumdan ikinci defa tahsilat yapılmayacaktır.

6-Hastanın tedavisi için gerekli olan malzemeler hasta tarafından karşılanacaktır.Malzeme bedelinin hastanın kurumunca karşılanıp karşılanmayacağı kliniğimiz sorumluluğunda değildir.

7-18 yaşından küçük hastalarda hastanın tedaviye uyumu ile ilgili sorumluluk velisine aittir.Veli hastanın yeterli ağız bakımını gerçekleştirmesini ve tedaviye uyumunu sağlamakla yükümlüdür.

8-Tedaviyi kabul eden hasta ve/veya velisi hastanın tüm kayıtları yurt içi ve urt dışı bilimsel yayınlarda kullanılmasına izin vermiş sayılır.

9-Klinik kayıtları (ölçüler,filmler,fotoğraf vb.) alınan hastaların tedavi ücretlerinin tamamı kurumlarına fatura edilmektedir.Bu yüzden her ne sebeple olursa olsun tedaviyi bırakan veya hekimi tarafından tedavisi sonlandırılan hastalar tedavi olmak istediklerinde ancak özel hasta olarak tedavi edilebilir.

10-Klinik kayıtları alındıktan sonra tedaviyi bırakan veya hekimi tarafından tedavisi sonlandırılan hastaların malzemeleri iade edilemez.

Yukarıdaki şartları okudum,anladım,kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Bilgilendirmeyi yapan hekimin;

İmzası:

Adı Soyadı:

İmzası:

Hasta ve hastanın yasal temsilcisi*-

Görüşme tanığının;

Yakınlık Derecesi

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

TARİH: / /

Saat:.....

* **Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır.(Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.D.
ORTODONTİK TEDAVİ İÇİN HASTA SÖZLEŞMESİ FORMU

Doküman Kodu: HD.FR.02	Yayın Tarihi: 01/06/2017	Revizyon No: 1	Revizyon Tarihi: 23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı: 1/2
----------------------------------	---	-----------------------	--	-----------------------------------