



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.B.D

ORTODONTİK TEDAVİLER(ÇEKİMLİ -ÇEKİMSİZ) İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.04	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
----------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

TC Kimlik No	
Adı-Soyadı	
Telefon	
Dosya No	
Cinsiyet	E K

Başarılı bir ortodontik tedavi için hastanın, kendisine yapılacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Bu nedenle lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz, anlamadığınız konularda hekiminizden bilgi alınız, sonundaki bölümleri doldurup imzalayınız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

BİRİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Durum: Muayene ve röntgen filmi incelemeleri sonucunda ortodontik sorununuzun olduğu saptanmıştır.

Önerilen Tedavi:

a) Çekimsiz: Ortodontik sorununuzun giderilmesi için planlanan tedavi aşağıda kısaca özetlenmiştir: **b) Çekimli:** Çenelerinizde dişlerinizin düzgünce sıralanabilmesi için yeterli yer bulunmamaktadır. Yer darlığı sorununun giderilmesi için çekimli ortodontik tedavi yapılması gerekmektedir. Çekimli ortodontik tedavi hekiminizin tıbbi açıdan uygun gördüğü dişlerin çekilmesiyle yapılan bir tedavidir. Bu nedenle alt/üst çenenin sağ/sol bölgesinden olmak üzere toplam bir/iki/üç/dört adet küçük azı/büyük azı/ yan kesici dişinin çekimi planlanmaktadır. (Uygun seçenekleri işaretleyiniz.) Diş çekimiyle elde edilen boşluklar diş dizisinin dışında duran dişlerin yerlerine alınması ile doldurulacaktır.

Ortodontik Tedavi Hakkında Genel Bilgiler: Ortodontik tedaviniz aktif ve pasif olmak üzere iki dönemden oluşur ve hastalığın şiddetine bağlı olarak tedavi süresi değişebilir. Bu süre boyunca karşılaşılabilecek bazı sorunlar aşağıda sıralanmıştır. Bu sorunların üstesinden gelebilmek için tedavi kurallarına uyulması, randevulara düzenli olarak gelinmesi ve hekiminizle işbirliği içinde olunması önemlidir. Tedavi amacıyla dişlerin üzerine tutucu parçalar(braket) yapıştırılıp bunların içinden teller geçirilecektir. Gerekli olduğunda çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidalar, çeneyi genişleten vidalı aygıtlar, metal yaylar, lastik zincirler kullanılabilir. Kimi zaman da hasta tarafından takıp çıkarılması gereken ağız dışı aygıtlar(enselik, yüz maskesi vb. aygıtlar) veya ağız içi/dışı lastik halkaların kullanılması gerekebilir. Tedaviniz sırasında hekiminiz uygun gördüğü bazı aygıtları üst ve/veya alt çenenize ya da ağız dışına yerleştirebilir. Bunların kullanımları ile ilgili talimatlara aynen uyulması gerekmektedir. Ortodontik tedavi sırasında hastalar bazı olumsuzluklar yaşayabilir. Dişlerdeki metal ve lastik aygıtlar geçici olarak yemek yeme, konuşma ve yutkunma güçlüğünü yaratabilir. Dudak, yanak ve dilde yaralar oluşabilir. Ağız bakımı zorlaşabilir. Kimi zaman da braket kopması, tellerin kırılması gibi istenmeyen durumlar gelişebilir. Bu sıkıntıları kolayca atlatabilmek için hekimin talimatlarına mutlaka uyulmalıdır. Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler ve dişetlerinde iltihaplar oluşabilir. Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.B.D

ORTODONTİK TEDAVİLER(ÇEKİMLİ -ÇEKİMSİZ) İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.04	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
----------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

Yukarıdaki ifadelere dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI RİCA EDERİM.**

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.)

İKİNCİ BÖLÜM

Açıklama: Ortodontik açıdan tıbbi durumunuzu, uygulanacak tedaviyi ve tedavinin olası risklerini öğrendikten sonra önerilen tıbbi işlemi kabul etme ya da etmeme hakkına sahipsiniz. Tedaviyi kabul etmiş olsanız bile ilerleyen dönemlerde, tıbbi yönden sakınca bulunmaması koşuluyla, tedaviden vazgeçme hakkına sahipsiniz. Tıbbi Durum Klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda saptadığımız ortodontik sorununuz aşağıda yer almaktadır.

.....
..... Önerilen Tedavi Ortodontik sorunun giderilmesi için aşağıda belirtilen müdahalenin yapılması gerekmektedir.

..... Ben hekimim tarafından uygun görülen ortodontik tedavinin yapılmasını onaylıyorum. Bana anlatılan başlıca tedavi değerlendirmelerini ve ortodontik tedavinin olası risklerini kabul ediyorum. Bu formu okudum ve anladım. Tedavi hakkında bir seçim yapmam istendi. Hekimim tarafından karar verme sürecine katılmam için bilgiler sunuldu ve önerilen ortodontik tedavi hakkında tüm soruları sorma fırsatı verildi. Tedavi ile ilişkili riskleri ve dikkat etmem gereken konuları tamamen anladım. Tedavi olmayı

KABUL EDİYORUM **KABUL ETMİYORUM**

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:



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.B.D

ORTODONTİK TEDAVİLER(ÇEKİMLİ -ÇEKİMSİZ) İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.04	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
----------------------------	----------------------------	---------------	-------------------------------	---------------------------

TARİH: / /Saat:.....