



**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ A.D.**

**SABİT VE/VEYA HAREKETLİ PROTEZ HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu: HD.RB.21	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:15/04/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

Sayın hastamız/hasta yakınımız,

**PROTOKOL NO:**

Kliniğimizce sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce, size konulan tanı, yapılması planlanan girişimler ve bu girişimlerin olası risk ve yan etkileri konusunda bilgilendirme hakkına sahipsiniz. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğimiz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri kabul etmiş olacaksınız. Bu form ile amaçlanan, sizi tüm detaylar hakkında bilgilendirmek ve ağız ve diş sağlığımız ile ilgili girişimler için onayınızı almaktır.

**GENEL BİLGİ:** Hekim gerekli gördüğünde uzman hekimin görüş ve tetkikini (konsültasyon) isteyebilir. Nezle, grip veya bulaşıcı bir hastalık varsa muayene ve tedavinin, hastalığınız düzeldikten sonra yapılması gerekir.

**LOKAL ANESTEZİ:** Günümüzde kullanılan lokal anestetikler koka yaprağından izole edilen kokain kimyasal türevleridir. Bu maddeler sinir aksonlarına uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurduğundan yapılan anestetik maddenin miktarına ve yapılış yerine göre 1-4 saatlik bir uyuşukluk sağlar. Girişimler (diş kesimi v.b.) sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hasta ağrı hissetmeden tedavilerini yapmak amaçlanır.

Anestezi yapılmadan hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açma güçlüğü oluşabilir. 2-3 haftada kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, kulak memesi, burun ve dil uyuşukluğu oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir, ayrıca hasta anestezili bölgeyi kaşır, ısırır veya çığnerse kendi kendine de travmatize edebilir. Bazen anestezi oluşmayabilir, tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte anaflaktik (alerjik reaksiyon sonucu) şok görülebilir.

**DİŞ ÇEKİMİ:** Tedavisi mümkün olmayan ve aşırı madde kaybı olan diş, kanal tedavisi yapılamayan veya kanal tedavisi başarısız diş, sallanan diş ve protetik tedavi amaçlı olarak (pozisyonu kötü, devrilmiş diş v.b.) diş çekimi gerekli olabilir. Daha önce çekim esnasında kırılmış, alveol kemiği içerisinde kalmış kök parçası -hekimin kararı doğrultusunda- operasyonun riskli veya travmatik olduğu durumlarda, protetik tedavi sonrası takip edilmek üzere yerinde bırakılabilir.

**KRON KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖKÜLMESİ:** Ağızda var olan protezlerin yenilenmesi veya protezin altındaki doğal dişlerde oluşan sorunlar nedeniyle sabit protezlerin çıkarılması gerekebilir. Söküm işlemi sırasında çeşitli aletler ile proteze kuvvet uygulanır, bu sizde rahatsızlık hissi oluşturabilir. Söküm sırasında yumuşak dokular zarar görebilir. Uygulama sırasında ağrı duymamanız için lokal anestezi yapılabilir ve buna bağlı çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. Sökülen sabit protezin ağza düşmesi sonucu yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi durumlarla karşılaşılabilir. Söküm işlemi sırasında protezinizde hasar oluşabilir. Protezin altındaki doğal dişler kırılabilir veya protezle birlikte çıkabilir. Bu durumda tedavi planı değişebilir. Söküm sırasında meydana gelebilecek hasarlar veya dişlerin fazla zarar görmemesi için köprü kesilerek çıkarıldığında mevcut proteziniz tekrar kullanılamaz. Söküm sonrası destek dişlerin korunması için geçici protez yapımı gerekli olabilir. Bu durumlardan doğacak ek ücretler hastaya aittir.

**SABİT PROTEZLER:** Hasta tarafından takılıp çıkarılmayan ve diş/dişler üzerine yapıştırılan protezlerdir. Diş kullanılacak dişler küçültülerek ölçüleri alınır, ölçüler protez laboratuvarına gönderilir, prova aşamalarının ardından tamamlanan eksikliğin az ve kalan dişlerin sabit protetik tedavi desteği olarak yeterli olduğu durumda uygulanır. Destek olarak protez destek dişler üzerine yapıştırılır. Prova randevuları aksatıldığında hazırlanan protez uymayacak ve tedaviye yeniden başlamak gerekecektir. Bu durumda yeni tedavinin tüm masrafları tarafınızdan karşılanır. Protezinizin dişlerinize yapıştırılmadan önceki son hali size gösterilerek, onayınız alınır. Protez tamamlanmadan önceki randevuya bir yakınınız ile gelerek birlikte karar vermeniz önerilir. Protez tamamlandıktan sonra ortaya çıkacak memnuniyetsizlikten tedaviyi gerçekleştiren hekim sorumlu değildir. Sabit protezler, tanıya uygun olarak tam seramik, tam metal veya metal-seramik materyaller kullanılarak hazırlanabilir. Diş kesimine bağlı olarak ortaya çıkan diş hassasiyeti sabit protezlerin dişlerinize yapıştırılmasının ardından bir süre daha devam edebilir, azalarak geçmesi beklenir. Hassasiyetin kaynağı ağızdaki diğer dişler de olabilir. Sabit protezler yapıştırıcısı zayıflayıp düşebilir, tekrar yapıştırılabilir. Kullanılan malzemeler alerjik reaksiyona sebebiyet verebilir. Protezlerin kullanımı ve zamana bağlı olarak renk değişimi olabilir. Canlı dokular üzerine uygulandığından, protezin ömrü kullanan kişiye göre değişir. Sert gıdalar, çiğneme alışkanlıkları, ağız bölgesine darbe nedeni ile protezlerde kırık oluşabilir. Klinik ortamda onarımı mümkün olmayan sabit protezlerin onarım ve yenilenme masrafları hastalara aittir.

**HAREKETLİ PROTEZLER:** Dişlerin bir kısmının ya da tamamının kaybı durumunda uygulanan ve hasta tarafından takılıp çıkarılan protezlerdir. İlk zamanlarda konuşma bozulabilir, protezler yumuşak dokuyu acıtabilir, yabancılık hissi, aşırı tükürük salgısı, dudak ve yanıklarda dolgunluk hissi olabilir. İskelet protezlerde metal tadı hissedilebilir, tam protezlerde özellikle alt protezler oynayabilir. Hareketli protezlerde hasta uyumu ve kabullenmesi sabit protezlere oranla daha güçtür, daha uzun süre gerektirir.

Hareketli protez uygulanması klinik ve laboratuvar işlemlerini kapsar. Randevuların aksatılması durumunda ölçüye göre hazırlanan protezler ağızla uyumsuz hale gelir ve tedavinin tekrarlanmasını gerektirir. Bu durumda yeni tedavinin tüm masrafları tarafınızdan karşılanır. Protez tamamlanmadan önceki randevuya bir yakınınız ile gelerek birlikte karar vermeniz önerilir. Protez tamamlandıktan sonra ortaya çıkacak memnuniyetsizlik yapılan tedavinin tekrarını gerektirir. Bu durumdan tedaviyi gerçekleştiren hekim sorumlu değildir.

İskelet protezler dikkatli ve deforme edilmeden takılıp çıkartılmalıdır. Tutucuları kırılabilir. İyi temizlenmezse koku yapılabilir, ağızda kalan doğal dişlerinizin çürütmesine yol açabilir.

Hareketli protezlerin kullanımı ve zamana bağı olarak yapay dişlerde renk değişimi olabilir, yerinden çıkabilir. Kullanılan malzemeler alerjik reaksiyona sebebiyet verebilir. Protezler geceleri çıkartılmalı, su içerisinde saklanmalıdır. Ağız dokularında zaman içinde değişiklikler oluşur, bu değişikliklere bağı olarak protezlerde besleme işlemleri gerekebilir. Sert gıdalar, hekim önerilerine uyulmaması, düşme v.b. durumlarda hareketli protezlerde kırık gözlenebilir ve tamir ihtiyacı oluşabilir. Hastanın protezi ile ilgili şikayetlerini kendi kendine düzeltmeye çalışmaması, hekime başvurması gerekir.

**BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:**

Tedavi Planı:

**KATKI PAYI ÖDEMESİ:** SUT (Sağlık Uygulama Teblięi) gereğince protetik tedaviler için hastane veznesine ödenir.

**İSTİSNAİ İŞLEM İLAVE ÜCRETİ:** SUT (Sağlık Uygulama Teblięi) gereğince bazı istisnai işlemlerden (Jaket Kron Tam Seramik (metal desteksiz), Hassas Tutuculu Kronlar, Zirkonyum Kron, İmplant Üstü Kron, İmplant Üstü Tam/Bölümlü Protez) ilave ücret alınmaktadır. Yapılacak işlemlerin bu kapsamda olduğu tedaviye başlamadan önce açıklanır. İlave ücret ve katkı payını hastane veznesine ödedikten sonra “işlemin türü ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılamaz”.

**KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ FİYAT TARİFESİ (KSHFT):** Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, kişiler Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında olsa dahi Ek-2 KSHFT üzerinden

fiyatlandırılır. Ayrıca, GSS kapsamında olmayan veya GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmet bedelini kendisinin ödeyeceğini beyan eden kişilere sunulan sağlık hizmet bedelleri Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.

**BU BÖLÜM HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:**

Yapılacak tedavi veya tanı amaçlı girişimler, tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri anlatıldı. Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Hekimimin planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı. Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak kabul ediyorum ve üstleniyorum.

**İstisnai işlemler (jaket kron tam seramik (metal desteksiz), hassas tutuculu kronlar, zirkonyum kron, implant üstü kron, implant üstü tam/bölümlü protez) için katkı payına ek olarak ilave ücret ödemeyi:**

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

**Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (KSHFT) kapsamında yapılacak işlemler için ücret ödemeyi:**

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

**Girişimin/tedavinin doğrudan bir öğretim üyesi tarafından uygulanmasını istiyorum, özel muayene talep ediyorum. İlave ücret ödemeyi:**

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

**Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt alınmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:**

İZİN VERİYORUM

İZİN VERMİYORUM

**Hastanın;**

**Bilgilendirmeyi ve İşlemi yapan Aday Diş Hekimi / Diş Hekimi;**

**Adı Soyadı:**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**İmzası:**

**Sorumlu Öğretim Üyesi;**

**Hasta ve hastanın yasal temsilcisi;**

**Görüşme tanığının;**

**Adı-Soyadı:**

**Yakınlık Derecesi:**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**İmzası:**

**Tarih: ..... / ..... / .....**

**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.