



**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ A.D.**  
**İLK MUAYENE VE KRON/KÖPRÜ SÖKÜMÜ HASTA ONAM FORMU**

Doküman Kodu: HD.RB.22	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 implant destekli diş tedavisi 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 belirleyeceğiniz 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 sağlığınız 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 çiğnerse 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 ÇIKARILMASI:** 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. Uygulanan kuvvet sizde rahatsızlık hissi oluşturabilir. Kullanılan aletler keskin aletlerdir, söküm sırasında yumuşak dokularınıza zarar verebilir. Uygulama sırasında ağrı duymamanız için lokal anestezi yapılabilir ve buna bağlı çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. Sökülen sabit protezin ağza düşmesi sonucu kontrolsüz bir şekilde yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi istenmeyen 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 köprünün kesilerek çıkarılması hallerinde mevcut proteziniz tekrar kullanılamayacak hale gelebilir ve yenilenmesi gerekebilir. Protezin tekrar kullanılamayacağı durumlarda sökümler sonrası destek dişlerin korunması için geçici protez yapımı gereklidir. Bu durumlardan doğacak ek ücretler hastaya aittir.

**BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:**

Tedavi Planı:

**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.

**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 tanığını;**

**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.