



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
PEDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU(MUAYENE)

Doküman Kodu: HD.RB.52	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

Sayın Hasta, Hasta Velisi/Yasal Temsilcisi,

**PROTOKOL NO:**

Yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Kliniğimizce sunulan tedavi hizmetlerini kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce klinik muayene, size konulan tanı, radyolojik görüntüleme, 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 muayene ve tedaviler için onayınızı almaktır.

**\*ANAMNEZ ALMA(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Anamnez başvuru anındaki ve geçmişteki şahsi, sosyal, ailevi ve sağlık durumunun tespit edilmesi, şikayetlerin ve hekime müracaata kadar geçen zaman içinde hastalığın seyri ile ilgili bilgilerin toplanmasıdır. Amacı hasta ile hekimin iletişimini sağlamak, ön taniye varmak için gerekli verileri toplamak ve hastanın istekleri ile ilgili bilgi edinmektir.

**Anamnez alma işleminden beklenenler:**Muayene ve diş tedavisi sırasındaki uygulamaları etkileyecek bir hastalığınızın ve kullandığımız bir ilacın olup olmadığının belirlenmesi.

**Anamnez alınmazsa oluşacak riskler:**Anamnez alınması sırasında doğru ve eksiksiz bilgiler verilmez ise muayene ve diş tedavisi sırasında hayati tehlikeye neden olacak durumlarla karşılaşılabilir.

**İşlemin alternatifi:**Yok.

**İşlem süresi:** 10-15 dk.

**\*AĞIZ İÇİ VE ÇEVRE DOKULARIN MUAYENESİ(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Klinik muayene, baş, deri, gözler, iskelet yapı, lenf nodları, çiğneme kasları, tükürük bezleri, çene eklemi, ağız boşluğundaki dişeti, dil, yanak gibi yumuşak dokuları ve dişler, kemik gibi sert dokuları kapsar.

**Muayeneden beklenenler:** Tedavi gereken dişlerin belirlenmesi, dil, yanak, dudak gibi yumuşak dokularda mevcut olan yara, kitle gibi durumların tespit edilmesi.

**Muayene yapılmazsa oluşacak riskler:** Şikayetin olduğu diş ya da bölge belirlenmez.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 10-15 dk.

**\*RADYOLOJİK TETKİK(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Radyolojik değerlendirmede amaç, muayenede görülemeyen diş, kemik, yumuşak dokudaki patolojilerin teşhis edilmesidir. Muayene ve tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında çene, yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir.

**Radyolojik tetkikten beklenenler:** İncelenmek istenen bölgelerde patoloji vb. durumların belirlenmesi.

**Radyolojik tetkik yapılmazsa:** Patoloji ve nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir, detaylı durum değerlendirilmesi yapılamaz, tedavinin başarısı değerlendirilemez.

**Olası riskler:** Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir. Diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için kurşun önlük giydirilerek panoramik radyografi çekilmesi gerekebilir. Gerekli görülürse daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal filmler alınabilir.Röntgen çekimi öncesi hastanın baş ve boyun bölgesindeki bütün metal eşyaları (küpe, toka, kolye, gözlük, piercing, iştme cihazı vb) çıkarması gerekmektedir.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 15-20 dk.

**\*FİSSÜR ÖRTÜCÜ VE FLOR UYGULAMASI(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Fissür örtücü uygulamasında dişlerin çiğneme yüzeylerinde bulunan derin oluklar, temizlenmesi zor ve çürüğe yatkın bölgeler şeffaf, renkli veya beyaz fissür örtücülerle kaplanır. Flor uygulamasında jel ya da vernik formunda ürünler tüm dişlere uygulanır.

**Fissür örtücü ve flor uygulaması tedavilerinden beklenenler:** Diş yapısı güçlendirilerek diş minesinin asitlere karşı dayanıklılığını artırılır ve böylece çürük oluşumu engellenmeye çalışılır.

**Fissür örtücü ve flor uygulaması tedavileri yapılmazsa:** Diş çürüğü gelişimi kolaylaşabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:**Fissür örtücüler akıcı kıvamda olduğundan diş yüzeyinde herhangi bir aşındırma yapılmadan uygulanır ve yükseklik oluşturmaz. Flor uygulaması esnasında nadir de olsa kusma refleksi ve kullanılan materyale karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. İşlem sonrasında hastanın hekim tarafından belirtilen kurallara uyması durumunda sonraki süreçte bir sorunla karşılaşmaz.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:**Fissür örtücü uygulaması her bir diş için 10 dk. Flor uygulaması için 5 dk.

**\* YER TUTUCU(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Süt dişleri çürük veya travma sonucu erken kaybedilmiş ise daimi dişin süreceği yeri korumak için yer tutucu yapılmaktadır. Yer tutucular çocukların diş gelişimine ve kayıp sayısına bağlı olarak sabit veya hareketli olarak hazırlanabilir.

**Yer tutucudan beklenenler:** Çekim boşluğunun diğer dişler tarafından daraltılmasını ve kapatılmasını önler. Daimi diş sürene kadar bu boşluğu koruyarak ideal pozisyonda ve sürmesi gereken zamanda daimi dişin sürmesini sağlar.

**Yer tutucu yapılmazsa:** Erken süt dişi çekiminden sonra yer tutucu yapılmazsa daimi diş normal yerinin dışında sürerek ortodontik problemlere yol açabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Yeterli oral hijyen sağlanamadığında ağızdaki yer tutucuya bağlı olarak plak birikiminde artış olur ve çürük gelişimi için uygun bir ortam oluşur. İlk takıldığında diş etlerine rahatsızlık verebilir ve konuşmayı olumsuz etkileyebilir. Düzenli kullanıma bağlı olarak zamanla bu şikayetler kaybolur. Gece yatmadan önce hareketli yer tutucu su dolu bir kap içerisine konulmalıdır.Çünkü uzun süre kuru ortamda bekletilmesi durumunda ağza yerleşebilir.Beslenme sonrasında hareketli yer tutucular çıkarılmalı ve yumuşak bir fırça yardımı ile hassas bir şekilde temizliği sağlanmalıdır.Hareketli yer tutucunun metal kısımları kesinlikle eğilip bükülmeye çalışılmamalıdır.Bu talimatlara uyulmadığında kırılmalar ve kırık parça yutulmaları olabilir.Sabit yer tutucu kullanımında en önemli husus ağız hijyeninin çok iyi sağlanması gerekliliğidir.Dikkat edilmemesi durumunda destek alınan dişlerde çürükler meydana gelebilir.Sabit yer tutucular,hareket etmeyen ,yapıştırıcı ile monte edilen ve sadece hekim tarafından çıkarılan apereyler olduğu için kesinlikle çıkarılmaya çalışılmamalı ve farklı aletlerde kuvvet uygulanmamalıdır.Bu konudaki hatalı yaklaşımlara bağlı olarak sabit yer tutucular düşebilir.Hastanın yutma ve aspire



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
PEDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU(MUAYENE)

Doküman Kodu: HD.RB.52	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

etme ihtimali bulunmaktadır.Çenelerin büyüme ve gelişimine bağlı olarak zamanla yer tutucu uyumsuz hale gelebilir.Bu nedenle düzenli olarak 3 ayda bir hekiminiz tarafından kontrol edilmeli ve gerekli durumda yer tutucu yenilenmelidir.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: Başlangıç ölçüsü alındıktan sonra yer tutucunun teslimi tahmini 5 iş günüdür.

**KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ FİYAT TARİFESİ (KSHFT):**Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, kişiler Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında olsa dahi Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır. Ayrıca, hizmetin GSS kapsamında olmadığı, GSS kapsamında olduğu halinde sağlık hizmet bedelini hastanın kendisinin ödeyeceğini beyan ettiği ve GSS kapsamında olduğu halde SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) hükümleri çerçevesinde SGK tarafından ödenmediği durumlarda sunulan sağlık hizmet bedelleri Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.

**TEDAVİ PLANI: Bu bölüm hastanın hekimi tarafından doldurulacaktır.**

**Sistemik/Bulaşıcı Hastalık :**

**Kullanılan İlaç :**

**HASTANIN VELİSİ/HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ OLARAK;**

Yapılacak tedavi veya tanı amaçlı girişimler, tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskler anlatıldı. Randevulara zamanında geldiğimiz ve hekimin anlattığı kurallara düzenli şekilde uyulduğu takdirde yapılacak tedavinin başarısının artacağı tarafıma bildirildi.Tedaviyi reddetme ve sonlandırma hakkım olduğunu biliyorum. 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. Uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler anlatıldı.Yapılacak girişimler ve tedavi ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim her şeyle ilgili soru sormam için fırsat verildi ve bu konuda tatmin edici yanıtlar aldım. Uygulanacak işlemlerin ve tedavinin ağız, diş sağlığı ve görünümünün daha iyi olması amacıyla yapıldığını ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini, her hasta için ayrı bir "en iyi sonuç" olduğunu,

Muayene ve değerlendirmeleri, yapılacak radyolojik görüntülemeleri,

Lisansüstü öğrenciler gözetiminde ve öğretim üyeleri sorumluluğunda aday diş hekimlerinin, dental teknisyen, röntgen teknisyeni ve görevlilerinin muayene ve radyografi çekimlerinde yer almasını,

Tedavilerin lisansüstü öğrenciler gözetiminde ve öğretim üyeleri sorumluluğunda aday diş hekimleri tarafından yapılmasını,

Yasal temsilcisi olduğum hastanın var olan hastalıklarını (kalp,şeker,tansiyon vs), bulaşıcı hastalıklarını, kullandığı ilaçları ve alerjisi olup olmadığını diş hekimine bildireceğimi ve diş hekiminin dış kaynaklı konsültasyon istemlerini kabul ediyorum.

**Bu onam formu, imzaladığım tarihte ve Pedodonti Anabilim Dalı'na başvurum sırasından 10 (on) gün sonrasında kadar geçerlidir.**

Lütfen aşağıdaki boşluğa el yazınızla "BU ONAM FORMUNU OKUDUM, ANLADIM" yazarak imzalayınız.\*

Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak;(Bu maddenin kabul edilmemesi durumunda tedavi gerçekleştirilemeyecektir.)\*

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (KSHFT) kapsamında yapılacak işlemler için ücret ödemeyi;(SGK Ödeme kapsamı dışında olanlar v.b.)\*

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

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

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Kimlik bilgileri gizli tutularak; hastaya ait klinik ve radyolojik verilerin, röntgen, fotoğraf, video, tetkik sonuçlarının (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb.) ve diğer dokümanların teşhis, eğitim ve/veya bilimsel amaç kullanılması:\*

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Hastanın;

Hastanın velisi / yasal temsilcisi;

Görüşme tanığının(3.Kişi);

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:  Anne  Baba  Vasi

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

\* (DOLDURULMASI ZORUNLU ALAN)

Sorumlu Öğretim Üyesi;

Bilgilendirmeyi ve/veya İşlemi yapan

İşlemi yapan Aday Diş Hekimi;

Adı Soyadı:

Öğr.Üyesi / Arş Gör. Diş Hekimi;

Adı Soyadı:

İmzası:

Adı Soyadı:

İmzası:

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

Saat:.....

İmzası:

\* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Yasal temsilcinin yakınlık derecesini belirtiniz.)