Ek 6. Sabit Protezler için Bilgilendirilmiş Rıza Formu

Sayın hasta/yasal temsilcisi; bu form, uygulanacak diş tedavisi hakkında sizi bilgilendirmek ve onamınızı almak amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen formu dikkatle okuyunuz; sorularınız olması hâlinde diş hekiminizden bilgi isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda tarafınıza ek açıklamalar yapılacaktır.

Şu ana kadar geçirdiğim/geçirmekte olduğum rahatsızlıklar;

☐ Kalp/Kapakçık rahatsızlığı	☐ Alerji
☐ Kanser (Kemoterapi/Radyoterapi)	☐ Göz Tansiyonu
☐ Böbrek Yetmezliği Diyaliz	☐ Sarılık (Hepatit B, C)
☐ Kan Sulandırıcı (Aspirin, Plavix, Coumadin vb.)	☐ Gebelik (Kesin/Şüpheli)
☐ Kanama Problemi	☐ AIDS
☐ Solunum/Akciğer rahatsızlığı	☐ Guatr
☐ Alkol/Sigara Kullanımı	☐ Astım
☐ Organ Nakli	☐ Diğer Rahatsızlıklarım
☐ Şeker (Diyabet)	☐ Herhangi bir Rahatsızlığım ve Kullandığım bir İlaç Yok
☐ Tansiyon (Yüksek/Düşük)	☐ Kullandığım İlaçlar:
☐ Karaciğer Rahatsızlığı	

SABİT PROTEZ YAPILACAK DİŞ/DİŞLER

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

SABİT PROTEZ

Sabit protetik tedaviler; diş çürüğü, kırık veya diş eksikliği bulunan bölgelerde, doğal dişlerden destek alınarak yapılan ve hasta tarafından çıkarılamayan kuron ve köprü uygulamalarını kapsar. Tedavi süreci klinik ve laboratuvar aşamalarından oluşur ve genellikle birden fazla seansta tamamlanır.

Beklenen Faydalar: Çiğneme fonksiyonunun ve estetiğin iyileştirilmesi, diş eksikliklerinin giderilmesi, aşırı madde kaybı bulunan dişlerin korunması ve ağız sağlığının ve fonksiyonel bütünlüğün sürdürülmesidir.

Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler: Dişlerde hassasiyet veya kanal tedavisi gereksinimi, protezlerde uyum, estetik veya renk memnuniyetsizliği, protezlerin zamanla gevşemesi, kırılması veya düşmesi, diş eti problemleri veya sekonder çürük gelişimi ve nadiren protezin yenilenmesini gerektirebilecek durumlar olabilmektedir.

Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Tedavinin uygulanmaması hâlinde; diş kaybı, çiğneme fonksiyonunda bozulma, komşu dişlerde kayma, estetik sorunlar ve ağız sağlığının bozulması gibi durumlar ortaya çıkabilir.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler: Ağız hijyenine özen göstermek, kontrol randevularına zamanında gelmek, geçici veya daimi protezlerde sorun oluştuğunda hekime başvurmak ve hekime doğru ve eksiksiz sağlık bilgisi vermektir.

İşlemin Alternatifi: Kuron veya köprü yerine hasta kendi imkanları dahilinde implant üstü sabit protez veya diş eksiklik durumuna göre hareketli bölümlü protez yaptırabilir.

İşlemin Ortalama Süresi: Sabit protezler genellikle tek bir seansta bitirilemez ve yaklaşık 4-5 seans sürebilmektedir. Bu tedavilerin süresi yapılacak üye sayısına göre değişmekle birlikte tek bir seansın ortalama süresi 60-90 dakikadır.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardım için öncelikle kendi hekimine, eğer hekimine ulaşamıyorsa veya takip eden bir hekim yoksa bölüm sekreteri tarafından uygun bir hekime yönlendirilir. **Mesai dışında hastanemizde nöbetçi hekim bulunmamaktadır.**

Tarafıma uygulanacak diş tedavisi hakkında; hastalığımın niteliği, tedavinin amacı, süreci, olası riskleri, alternatifleri ve tedavi sonrası olası durumlar konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Sorularım yanıtlandı ve tedaviyi reddetme veya durdurma hakkımın bulunduğu tarafıma açıklandı. Ayrıca gerekli görüldüğünde konsültasyon istenebileceğini, eğitim amacıyla stajyer diş hekimlerinin gözetim altında tedavi sürecine katılabileceğini ve kimlik bilgilerim gizli tutulmak kaydıyla klinik verilerimin bilimsel ve eğitimsel amaçlarla kullanılabileceğini kabul ediyorum. Bu bilgiler doğrultusunda, diş hekimim tarafından uygulanacak muayene ve tedavileri özgür irademle kabul ediyorum.

El yazısı ile: "OKUDUM, ANLADIM" .....

			ONAYLIYORUM
	Adı Soyadı	**Tarih/Saat**	**İmza**
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi*/Yakınlık Derecesi			
	Adı Soyadı		**İmza**
Tedavi İşlemini Uygulayan Stajyer Diş Hekimi Diş Hekimi Öğretim Üyesi			

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