**ORTODONTİ**

**TEDAVİ SONU HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Sayın Hasta/ Hasta yakını/ Yasal Temsilcisi; Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz

Aktif ortodonti tedavisini takiben, elde edilen tedavi sonuçlarının korunması en az tedavi süreci kadar önem taşımaktadır. Ortodontik tedavi size diş dizinizin ve yüz yapınızın ömür boyu düzgün ve sağlıklı kalacağı garantisi vermez. Tedavi sonunda dişlerinizin yeni pozisyonlarında kalması için size tavsiye edilecek koruyucuları düzenli kullanmanız gerekmektedir. Koruyucu kullanımı ortodontik tedavi sonrası en az tedavi süresi kadar tavsiye edilse de ömrünüzün kalan sürecinde yaşlanma, ağız solunumu, tırnak yeme gibi kötü alışkanlıklar, dişeti problemleri, hatalı yutkunma gibi birçok nedenle dişlerinizde hareket meydana gelebilir. Dişlerde ömür boyu hareket tabiatımız gereği meydana gelmektedir. Bu nedenle koruyucuların ömür boyu kullanımı bozulma riskini en aza indirecektir. Koruyucuların sürekli kullanımı halinde bile diş pozisyonlarında ve özellikle çeneler arası ilişkide birtakım değişikliklerin olma olasılığı hep vardır. Belirli aralıklar ile koruyucuların durumlarının kontrol ettirilmesi ve gerekir ise yenilenmesi hastanın sorumluluğundadır. Koruyucuların sabit tarzda olması durumunda, dişlerinizde bozulma olmasa da ya da koruyucularınızda kırılma hissetmeseniz de alınacak randevular ile belirli aralıklarda muayene olunması gerekmektedir. Hareketli koruyucu kullanımında ise koruyucularınızın deforme olması, ya da sağlıksız duruma gelmeleri halinde yenilenmeleri gerekmektedir. Yine bu tip koruyucuya sahip hastaların da belirli aralıklar ile şikâyetleri olmasa da kontrole gelmeleri gerekmektedir. Tedavi sonunda uygulanan koruyucularda her ne sebeple olursa olsun meydana gelecek hasarın düzeltilmesi ya da koruyucunun yeniden uygulanması tedavi ücretine dâhil değildir ve asgari ücret tarifesi üzerinden hesaplanacaktır. Gömük dişlerinizin durumu ve gerçekleştirilen tedaviye etkileri mutlaka değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda alınmaları gerekmektedir.

Uygulana Koruyucular:

| | |
|---|---|
| Sabit | Hareketli |
| Alt Çene | Alt Çene |
| Üst Çene | Üst Çene |

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan diş hekimi tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere …….. isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta
Adı-Soyadı (el yazısı ile) ……..……. İmza Tarih / Saat

Hasta onay veremeyecek durumda ise:
Hastanın yakını / yasal temsilcisi

Adı-Soyadı (el yazısı ile)……..……. İmza Tarih/ Saat

Hastanın onay verememe nedeni (Dişhekimi dolduracak):
……
……

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi işlemi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, işlem sonrası gereken bakım, beklenen riskler, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, yapılacak işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Dişhekimi Adı Soyadı : ….....……..… İmza Tarih/ Saat

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;

Hastaya dişhekimi tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

Adı Soyadı (el yazısı ile) ..... İmza
Tarih/ Saat:

Her sayfa ayrı ayrı imzalanmalıdır.