



SDÜDHF/TBH/FRM/17/YT-22.09.2014/REVNO-00

Hasta Adı Soyadı:	_____
TC Kimlik No :	_____
Doğum Tarihi :	_____
Cinsiyeti :	_____
Telefon :	_____
E-Posta :	_____

Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Formda ayrıca tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

<b>ACİL DURUM VARLIĞINDA TEMASA GEÇİLECEK KİŞİ</b>	
Adı Soyadı :	_____
Telefon :	_____

<b>TEŞHİS</b>
_____

<b>TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ</b>															
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

<b>PLANLANAN TEDAVİ</b>
_____

#### ÖNERİLEN TEDAVİ

##### Kron (Kaplama)-Köprü Sökümü

Uygulanacak

Kron veya Köprü Protezlerinin aşağıdaki nedenlerle sökülmesi gerekebilir.

- Kron veya köprünüz ağızdayken, ağız içi muayene ya da radyolojik muayene (diş filmi) ile görülemeyen diş çürüğü ya da diğer benzeri problemlerin saptanması amacıyla
- Kron ya da köprünüz çıkarılmadan gerçekleştirilmesi imkansız diş tedavilerinizin (örneğin dolgu, kanal tedavisi, diş çekimi, dişeti tedavisi vb.) sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi amacıyla
- Mevcut kron ya da köprünüzün değiştirilmesini ya da tamirini gerektiren durumlarda (delik, kırık, dişeti sağlığının bozulması gibi)
- Kron ya da köprünün sökülüp yeniden yapıştırılmasının gerekliliğinde (örneğin çok üyeli köprülerde, köprünün yapıştırıldığı dişlerden kısmen ayrılması, kron ya da köprünün hatalı olarak yapıştırılması vb durumlar)

##### TETKİKLER

##### İntraoral (Ağız İçi) Radyografik Tetkik

Uygulanacak

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş/çevre dokuların ağız içinden röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız içerisine yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. **Radyografik tetkikten beklenenler:** Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. **Radyografik tetkik yapılmazsa:** Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. **Olası riskler:** Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

Hasta İmza

Hekim İmza

## Ekstraoral (Ağız Dışı) Radyografik Tetkik

Uygulanacak

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için çene yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız dışında konumlandırılarak işlem gerçekleştirilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. **Radyografik tetkikten beklenenler:** Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. **Radyografik tetkik yapılmazsa:** Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. **Olası riskler:** İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gerekli olduğundan hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilme durumunun söz konusu olması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

## TEDAVİ VE İŞLEMLER

### Lokal Anestezi

Uygulanacak

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. **Anestezi Beklenenler:** Anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anesteziğin etkisi ortadan kalkar. **Anestezi Yapılmazsa:** Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem/sedasyon altında yapılmaktadır. **Olası Riskler:** Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırma ya da dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.

### Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler

- Kron / köprü protezlerinde çatlak veya kırık: Kron ya da köprülerin çıkarılması işlemi esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli davranırsa da, protezinizde yüksek oranlarda kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Kron-köprü sökümü işlemi sonucu protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin tamiri veya yeniden yapılması gerektiğinde, sağlık sigortanızın ve SGK nun belirlediği protez giderlerinin karşılanma süreleri dışında iseniz, tüm mali sorumluluk size aittir.
  - Kron/köprü protezlerinin çıkarıldığı dişlerde çatlak ya da kırıklar: Kron ya da köprü protezinizin çıkarılması işlemi esnasında, hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli çalışsa da, uygulanan kuvvet veya basınca bağlı olarak, ilgili dişlerinizde kırık ya da çatlak oluşma riski vardır. Bu durumlar, dişlerinizde dolgu veya kanal tedavisi yapılması gerektirebilir, hatta bazı durumlarda dişinizin çekilmesi gerekebilir.
  - Diş ve çevre dokuların travmatize olması: Kron/köprü sökümü işlemi sırasında uygulanan kuvvet veya basınç destek dişlerde travmaya neden olabilir. Bu gibi durumlarda, dişe kanal tedavisi uygulanması gerekir. Kron/köprü sökümü için kullanılan aletlere bağlı olarak, dişletlerinizde, dilinizde veya çevre dokularda yaralanmalar oluşabilir.
  - Kron/köprü protezlerinin sökülememesi: Bazı durumlarda kron/köprü sökümünde kullanılan aletlerle proteziniz çıkarılamayabilir. Bu gibi durumlarda kronunuzun ya da köprünüzün kesilerek çıkarılması gerekir. Bu işlem protezinizi tekrar kullanılamaz hale getirir. Bu işlem sırasında protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir. Protezinizin yeniden yapılmasının gerektiği durumlarda, tüm mali sorumluluk size aittir.
  - Kron/köprü protezlerinin sökümü esnasında destek dişin çekimi (tamamen veya kısmen çıkması): Bazı durumlarda, örneğin kron ya da köprü içindeki dişleriniz sallanıyorsa veya etrafındaki kemik desteğini kaybetmişse vb., protezinizin söküm işlemi sırasında dişleriniz gömülü olduğu kemikten kısmen ya da tamamen çıkabilir. Bu durumda sabit ve varsa hareketli protezlerinizin yeniden yapılması gerekir. Protezinizin yeniden yapılması gerektiği durumlarda, tüm mali sorumluluk size aittir.
- Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Kron köprü sökümüne bağlı olarak farklı komplikasyonlar meydana gelebilir. Örneğin dişlerde ağrı, şişme, dişletlerinde tedavisi zor problemler, dişeti çekilmesi gibi sonuçlar oluşabilir. Bu konuda diş hekiminize danışmanız gerekir.

### Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler

Zarar görmeden çıkartılan kron ya da köprülerinizin, tedaviniz bitince, hekiminizin önerileri doğrultusunda tekrar yapıştırılması gerekir. Bazı durumlarda hekiminiz, uygulanan tedaviye (kanal tedavisi, çekim gibi) ve protez planlamanızdaki değişikliğe bağlı olarak protezinizi yenilemenizi de isteyebilir. Protezlerinizin tekrar yapıştırılmadığı veya protezinizi yenilemediğiniz durumlarda, kronların çıkmış olduğu dişlerde hassasiyet, ağrı, çürük gibi durumlar ve uzun vadede dişlerinizde hareket (uzama, kayma vb.) meydana gelir.

## ONAY

Tüm ağızımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.

Teşhis ve tedavi esnasında ;

- Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği,
- Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları,
- Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği
- Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği,
- Verilen randevulara aksatmadan gelmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği,

Tarafıma açıklandı.

**(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA 'Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım' YAZARAK İMZALAYINIZ)**

	Adı Soyadı	İmza	Tarih
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Tercüman (Kullanılması Halinde)			