



SDÜDHF/TBH/FRM/18/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.

**ACİL DURUM VARLIĞINDA TEMASA GEÇİLECEK KİŞİ**

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

**TEŞHİS**

**TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ**

			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			

**PLANLANAN TEDAVİ**

**ÖNERİLEN TEDAVİ**

**Laminate (Lamina) Vener Kronlar**

Uygulanacak

Porselen laminate vener kronlar, genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı kalan, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan, çok ince porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla, örneğin dişin şeklini, pozisyonunu, rengini düzeltmek gibi, uygulanır. Dişin ön yüzünden 0.5 mm'den daha az ve mine seviyesi sınırlı kalmak kaydı ile madde kaldırılır. Dişin tamamının kaplandığı kronlara göre çok daha az diş yapısı kaldırılrsa da, mireden aşındırma yapıldığında durum geri dönüşümsüzdür.

**Tedaviden Beklenenler:** Uygulanan dişlerde estetiğin düzeltilmesi ve düzenlenmesi (renk, şekil, pozisyon vb), çok az diş dokusunun kaldırılarak, diş yapılarının korunması, metal içermeyen estetik malzemelerle (porselen, zirkon gibi), doğal dişe en yakın görünümün elde edilmesi. **Önerilen Tedavi Uygulanmazsa:** Dişin tümünün kesilmesini gerektiren kronlar (kaplamalar) yapılır.

**Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler**

- Dişin ön yüzünden yapılan aşındırmalar sonucu geçici bir süre ya da daimi olarak dişler hassas hale gelebilir. Dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti gelişebilir. Bazı durumlarda dişlere kanal tedavisi yapılması gerekebilir.
- Kullanım sırasında kırıklar ve çatlaklar oluşabilir. Bu durumda tamiri mümkün olmayabilir. Değiştirilmesi ya da tüm dişi kaplayan kronların yapılması gerekebilir.
- Doğal dişlerle tam bir renk uyumu sağlanamayabilir. Ayrıca belirli bir süre kullanımdan sonra renklerinde değişiklikler meydana gelebilir. Bu kronlar yapıştırılmadan önce renk, form ve estetik konusunda hekiminize onay vermeniz gerekir. Bir kere yapıştırıldıktan sonra bu kronlarda renkle ilgili değişiklik yapmak mümkün değildir.
- Bu protezler bazı durumlarda dişten ayrılabilir. Bu kronları hekiminizin önerileri doğrultusunda dikkatli kullanmanız gerekir. Diş gıcırdatma, diş sıkma, travma, kalem gibi yabancı cisim ısırma alışkanlıkları bu kronların dişten ayrılma riskini artırır. Tekrar yapıştırma işlemleri kullanılan yapıştırıcıların özel olması nedeniyle hastaya ek bir maliyet getirebilir.
- Laminate vener kronların uygulandığı ağız hijyeninize dikkat etmediğiniz, sağlıklı bir diyetle beslenmediğiniz, hekiminize düzenli kont-

Hasta İmza

Hekim İmza

rollere gelmediğiniz ve ağız hijyeninin sağlanmasında hekiminizin önerilerini dikkatli bir şekilde yerine getirmedeğiniz taktirde, cürük ve dişeti hastalıkları meydana gelebilir.

#### **Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler**

• Lamine veneerlerin kullanımı ve ağız hijyeninin sağlanması ve devamlılığı konusunda hekiminizin uyarılarını çok dikkatli uygulamanız ve hekiminizin belirttiği aralıklarla kontrole gelmeniz gereklidir.

#### **ONAY**

Tüm ağzımın 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 gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği,

Tarafıma açıklandı.

**(LÜTFEN AŐAĐIDAKİ BOŐLUĐA ‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’ YAZARAK İMZALAYINIZ)**

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