

## GENEL BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Ağız diş sağlığı sorununuzun giderilebilmesi için size önerilen tıbbi işlem ve bu işlemle ilgili sözlü anlatılan ve tarafınızdan okunarak bilgi edinilen hususların bir kısmı aşağıda yazılı olarak sunulmuştur. Size verilen bilgileri okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir. Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz. Kaydınızın oluşturabilmemiz için randevuya gelirken T.C kimlik belgesi ile başvurmanızı bekliyoruz. Bir sonraki hastanın randevusuna engel olmamak amaçlı randevu saatinden 15 dk önce klinikte olmanızı öneriyoruz.

İşbu onam formunun onaylanması ile; başvuru sebebiniz olan olan şikayetlerin değerlendirilmesi, gerekli muayene inceleme ve tedavi uygulamaların yapılması adına senCard Dental Diş Klinikleri ve Ağız & Diş Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan diş hekimlerini, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını yetkili kıldığınızı ve bu uygulamaların yapılmasını onayladığınızı beyan etmiş olmaktadır.

### UYGULANACAK TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Tedavi planlamasının fayda ve risklerini öğrenmek, tedavi sonunda memnun olmanızı sağlayacaktır.

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla sınırlı uyuşturma uygulanmaktadır. Anestezik sıvı enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastalarda alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-6 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle, ısırma ya da yanık içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.

### TEDAVİ ONAM FORMU

Tarafıma sunulacak tanı ve tedavi amaçlı hizmetler, yapılan tedavi planlaması, alternatif tedaviler, tedavilerin sonuçları ve istenmeyen yan etkileri anlatıldı, anlatılanları anladım ve kabul ettim. Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim. Tedavim/vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana/vasisi olduğum kişiye uygulanacak tedavi süreci anlatıldı, bana ve/veya vasisi olduğum kişiye yapılmasını kabul ettiğim tedavileri onaylıyorum. Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim. Tedavim sırasında kişisel eşyalarımın (para, mücevher, takı, giyecek, cep telefonu vb.) sorumluluğu ve güvenliğinin bana ait olduğu bildirildi, anladım ve kabul ettim. Ödemelerimi iletilen tedavi planında belirtilen şekilde ve zamanında yapacağımı kabul ve taahhüt ettim. Tedavinin herhangi bir aşamada tamamlanmadan sonlanması halinde, tedavi

başlangıcından sonlanma zamanına kadar geçen sürede oluşan tedavi masraflarının tarafımca ödeneceğini kabul ve taahhüt ettim.

---