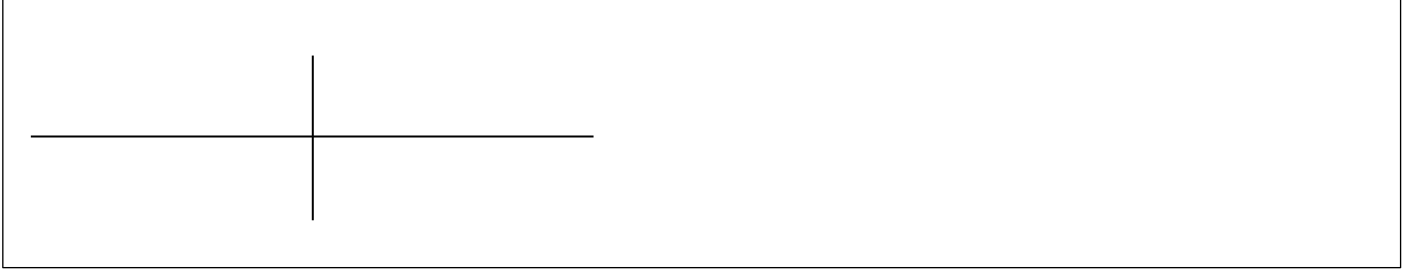


YER TUTUCU BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Kliniğimizde Diş Hekiminiz tarafından muayene edildiniz. Yapılan muayene sonucuna göre uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Yapılacak uygulamalar esnasında ani hareketlerden kaçınılması, hekimin yönlendirmelerine uyulması gerekmektedir. Aksi takdirde dil, dudak, yanak içi, yumuşak dokular ve diğer dişlerde hasar meydana gelebilir, cerrahi işlem gerekebilir. Kullanılan malzeme ve materyallerin, solüsyonların yutulma ve hava yoluna kaçma riski olup, acil tıbbi yardıma ihtiyaç duyulabilir. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik hastalıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı hastalıklarını (hepatit, aids, tüberküloz vb.), varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması zorunludur. Mevcut sistemik bir hastalık varlığında, hastalığınız ile ilgili tedavi gördüğünüz tıbbi birimden konsültasyon istenebilir.

PLANLANAN TEDAVİLER



BİLGİLENDİRME

RADYOGRAFİ (RÖNTGEN)

Teşhis amaçlı, tedavi başlangıcında, tedavi sürecinde ve kontrol amaçlı, diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için röntgen çekilmesi gerekebilir. Röntgen gerekli olup da çekilmezse radyolojik olarak teşhis-kontrol işlemi yapılamaz. 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. Gerektiğinde aynı konuda dental radyoloji hizmeti veren bir kuruluştan da yardım alınabilir.

YER TUTUCULAR

Yer tutucu, erken kaybedilen süt dişinin boşluğunu tutan, daimi diş gelene kadar o bölgeyi koruyan özel bir apareydir. Sabit ya da hareketli olabilir. Sabit yer tutucular dişe yapıştırılırken, hareketli olanlar takılıp çıkarılabilir.

Ölçü kaşıkları yardımıyla ağızdan ölçü alındıktan sonra kişiye özel olarak yer tutucu hazırlanmaktadır. Hekiminizin uygun gördüğü zamanlarda mutlaka kontrollere gelinmelidir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 2-5 gündür.

İşlemden Beklenen Faydalar

- Alttan gelecek daimi dişin yerini korumak
- Komşu dişlerin diş boşluğuna doğru kaymasını önlemek
- İleride ortodontik bir problemin oluşma riskini önlemek veya azaltmak

Tedavi Yapılmazsa

- Alttan gelecek daimi diş için yer kalmayıp diş süremeyebilir veya farklı yerden sürebilir.
- Boşluğa doğru komşu dişler kayabilir.
- İleride ortodontik problemler oluşabilir.

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Ölçü alımı sırasında bulantı ve kusma olabilir.
- Nadiren kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.
- Yer tutucular, ilk takıldığı günlerde diş etinde rahatsızlık oluşturabilir.
- Yer tutucuların ve dişlerin düzenli ve dikkatli şekilde fırçalanması gerekir. Aksi takdirde yiyecek artıklarının birikmesi söz konusu olabilir. Yeni diş çürükleri oluşabilir.
- Sabit yer tutucular, dişe yapıştırılarak yerleştirildikleri için düşebilirler.
- Aparey gevşer, kırılır ya da rahatsızlık verirse mutlaka hekime başvurulmalıdır. Hasarlı yer tutucular hem etkisiz olabilir hem de ağız dokularına zarar verebilir. Yer tutucu tamir edilebilir veya yeniden yapılabilir.

YER TUTUCU BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Diş hekimim ağız-diş hastalığımin ne olduğunu, tedavinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçları, başarı olasılığını, iyileşme sürecinde yaşanabilecek olayları ve teşhis-tedavi esnasında gerekirse diğer hekimlerden konsültasyon isteyebileceğini, diğer hekimlerin de tedavi sürecine katılabileceğini tarafıma açıkladı.

Geçmişteki ve şu andaki genel sağlık durumum, devamlı kullandığım ilaçlar hakkında bilgi vermiş bulunmaktayım.

Tedavim sırasında öngörülemeyen durumların ortaya çıkabileceği ve önceden planlanmış tedavilerin genişletilmesi veya değiştirilmesi gerekebileceği ayrıca oluşabilecek ek giderlerin tarafımda karşılanması gerektiği konusunda bilgilendirildim.

Muhtemel başarı ile ilgili bilgilendirilmiş olmama rağmen uygulanacak işlemin sonuçlarının garanti edilebilirliğinin olmadığını anladım.

Bu tıbbi işlemle ilgili soru sormam ve karar vermem için yeterli süre verildi. Tedaviyi reddetme veya durdurma-sonlandırma hakkım olduğunu biliyorum. Bu bilgiler ışığında, hiçbir baskı altında olmadan, şahsıma (velisi-vasisi bulunduğum kişiye) yapılacak tedavileri kendi isteğimle onaylıyorum. Bu formun bir nüshasını elden teslim aldım.

Aşağıdaki noktalı yere el yazınızla (**okudum, anladım, kabul ediyorum**) yazınız.

.....

Tarih :

Hasta (*Yasal Temsilcisi) Adı – Soyadı :

İmza :

**Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. Derece kanuni mirasçılardır.*

**Diş Hekimi
(Kaşe-İmza)**