



T.C.  
**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.01

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/2

### Hasta Bilgileri:

Adı Soyadı :

T.C. Numarası :

Sayın Hastamız,

Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Hastanemizce sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce, size konulan tanı, yapılması planlanan işlemler ve bu işlemlerin olası risk ve yan etkileri konusunda bilgilendirilme hakkına sahipsiniz. Bu nedenle, size verilen bilgileri okuyunuz. Bu açıklamaların amacı, ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tanı ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tanı ve tedavi işlemlerinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Bu onam formunda Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'nda yapılacak muayene, tetkikler ve radyolojik görüntüleme işlemleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'nda, tıbbi ve dental öykünüz dikkate alınarak ağız, çene ve yüz bölgenizdeki hastalıkların teşhisine yönelik kapsamlı bir muayene gerçekleştirilmektedir. Gerekli durumlarda çeşitli radyolojik incelemeler talep edilmekte ve elde edilen klinik ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirilerek kesin tanı konulmaktadır. Tanı sonrası tedavi planlamanız yapılmakta ve uygun birimlere yönlendirilmeniz sağlanmaktadır.

Muayene sürecinde yalnızca mevcut şikâyetiniz değil, aynı zamanda genel muayene prosedürleri de uygulanır. Bunlar; diş canlılık testleri, ağız dışı bölgelerin (deri, saçlı deri, eller, tırnaklar, lenf bezleri, boyun, tükürük bezleri, çene eklemi, sinüsler) ve ağız içi yapılarının (dil, damak, ağız tabanı, yanaklar, dişler) dikkatli değerlendirmesini içerir. Şikâyetiniz olmasa bile hekiminiz bu muayene sırasında ağız içi mukozasında veya yüz bölgesinde renk değişiklikleri, yara, şişlik ya da doku bütünlüğünde bozulmalar saptayabilir. Böyle bir durumda, ek tanı yöntemleri (kan testleri, biyopsi, ultrason vb.) gerekebilir.

Tedavi planlaması sırasında gerekli görülmesi halinde dişin canlılık durumunu değerlendirmek amacıyla vitalite (canlılık) testi uygulanabilir. Bu test, dişe dışarıdan soğuk, sıcak veya elektriksel uyarı verilerek sinir dokusunun tepkisinin ölçülmesini sağlar. Elde edilen yanıtla göre dişin canlı olup olmadığı belirlenir ve tedavi şekli belirlenir. Ancak, dişin kendisi, çevre dokular ya da varsa üzerindeki restorasyonların durumuna bağlı olarak test sonuçları zaman zaman yanlış pozitif veya yanlış negatif olabilir.

Ağız ve diş sağlığı, genel vücut sağlığımızla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle muayene sırasında geçirdiğiniz hastalıklar, mevcut sistemik rahatsızlıklarınız ve kullandığınız ilaçlara dair bilgiler hekiminiz tarafından öğrenilmektedir. Özellikle diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları, hipertiroidi gibi kronik rahatsızlıklar ve bunlara yönelik tedaviler; ağız mukozasında, dişlerde ve diş etlerinde çeşitli değişikliklere neden olabilir (örneğin; dişeti büyümesi, kanama, ağız yaraları, ağız kuruluğu, kötü ağız kokusu vb.). Ayrıca, bu sistemik durumlar ve kullanılan ilaçlar diş tedavileri sırasında kanama, ilaç etkileşimleri gibi riskleri beraberinde getirebilir. Bu tür komplikasyonların önüne geçebilmek adına hekiminiz, sizi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek tedavinizi güvenli bir şekilde planlamaktadır.

Eğer bulaşıcı bir hastalık (örneğin; Hepatit, Tüberküloz, HIV vb.) taşıyorsanız, bu durumu hekiminizle paylaşmanız büyük önem taşır. Bu tür bilgilerin paylaşılmaması hem sağlık çalışanları hem de diğer hastalar açısından enfeksiyon riski yaratabilmektedir. Bu nedenle sistemik hastalıklar, alerjiler ve bulaşıcı hastalıklar konusunda hekiminizi doğru bilgilendirmeniz zorunludur. Muayene öncesinde genel sağlık durumunuza ilişkin bazı sorular sizden ya da bir yakınınızdan alınacaktır.

### Radyolojik Tetkikler

Radyografik değerlendirmede amaç; gözle görülemeyen diş, kemik ve/veya yumuşak doku içerisindeki patoloji ve hastalıkların teşhis edilmesidir. Diş, çene veya yüz bölgenizden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığınızı etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir.

Kliniğimizde ağız içi (Periapikal ve bitewing) ve ağız dışı (Panoramik, sefalometrik, dental volümetrik tomografi) radyografik tekniklerle görüntüleme yapılmaktadır. Görüntülerin dijital sensörler yardımıyla elde edilmesi hastanın aldığı radyasyon oranını önemli ölçüde azaltmaktadır. Panoramik ve Sefalometrik görüntülemelerde çekim işlemi, cihazın baş etrafında ortalama 20 sn kadar dönmesiyle gerçekleşir ve dişler, çeneler ve çevre dokular birlikte görülüp incelenebildiği bir tekniktir. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gerekir ve hareket edilmesi durumunda tekrar çekim gerekebilir. Periapikal ve bitewing tekniklerinde ise film ağız içine yerleştirilerek görüntüleme elde edilir ve diş ve çevre dokular daha ayrıntılı olarak incelenebilir. İstenecek röntgen tetkiki ve adedini hekiminiz tarafından belirlenmektedir.

**İşlemden Beklenen Faydalar:** Radyolojik incelemeler, gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (Örneğin, dişler arasındaki çürüklerin) görülmesini, mevcut dolguların altında gelişen çürük ya da diğer hasarların fark edilmesini, enfeksiyon ya da diş sinirlerinin yer aldığı kök kanalındaki sorunların, dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı miktarının, kemik ve

BARKOD ALANI



T.C.  
**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**AĞIZ, DIŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.01

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

yumuşak dokulardaki kist, tümör ve sistemik hastalıklarla birlikte oluşan değişikliklerin saptanmasını, çocuklarda diş gelişimi ve büyümenin izlenmesini sağlar.

**İşlemin Nerede ve Kim Tarafından Yapılacağı:** Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'nda uygulanan işlemler öğretim üyesi, araştırma görevlileri, doktora/uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyesi gözetiminde stajyer diş hekimleri tarafından yapılacaktır.

**Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar:** Ağız içi radyografik tekniklerde çekim sırasında bulantı refleksi tetiklenerek öğürtü ve bazen kusma oluşabilir. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir. 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.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Sonuçlar:** Gerekli olduğu durumlarda radyografik çekim yapılmaması halinde; diş, diş kökleri ve kemik dokusu ile ilgili hastalıklarda uygun teşhisin konulamaması ve buna bağlı olarak tedavi sürecinde aksaklıklar meydana gelebilmektedir.

#### **ONAY**

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'nda yapılacak muayene, tetkik ve radyolojik işlemler için;

Hekimimden ve onunla birlikte çalışan kişilerden diş sağlığım hakkında yeterli ve tatminkar açıklamaları duydum. Hamile isem beni muayene eden hekime ya da radyolojik tetkikleri uygulayan teknikere hamilelik durumumu belirteceğimi ve herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekime bildireceğimi kabul ediyorum. Bu klinikte konulan teşhisler doğrultusunda tedavilerimin yapılması için ilgili bölümlere yönlendirileceğimi ve tedavim için gereken bilgileri detaylı olarak ilgili bölümlerden alabileceğim konusunda bilgilendirildim.

- Muayene ve değerlendirmelere,
- Radyolojik görüntüleme ve tetkiklere,
- Tedavi için gerekli olan operatif işlemlere,
- Muayene ve radyolojik çekimlerde öğretim üyeleri denetiminde stajyer diş hekimlerinin ve görevli yardımcı personellerin yer almasına,
- Kimlik bilgileri gizli tutularak yapılan tüm işlem ve tedavilere ilişkin yazılı ve görsel kayıtların alınması ve teşhis, takip, bilimsel, eğitimsel veya araştırma amaçlı kullanılmasına,
- Hekimin dış kaynaklı konsültasyon işlemlerine izin veriyorum.

Tedavimin herhangi bir aşamasında uygun bulmadığımda tedavimden vazgeçebileceğimi, tedavi planımda daha ileri bir prosedür gerektiğinde bana bilgi verilmeden bir uygulamaya başlanamayacağını biliyorum. Bu onam formu imzaladığım tarihte Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na başvurum sırasında geçerlidir. Farklı tarihlerde yapacağım başvurularda yapılacak farklı muayene, tetkik ve radyolojik incelemeler için yeniden onayım alınacaktır. Muayene ve işlemleri kabul etmemem halinde yazılı olarak başvurarak onamımı geri çekebileceğimi biliyorum. Bu formu imzalamadan önce bu formun bana okunduğunu, tüm boşlukların doldurulduğunu ve bu bilgiler ışığında bana uygulanacak işlemlerin tamamını kabul ediyorum ve Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı hekimlerini tam yetkili kılıyorum.

**Hamile değilim.**

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi '**OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM**' yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

Bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	ADI-SOYADI	TARİH	İMZA
Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi*-Yakınlık Derecesi			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Tercüman (Kullanılması Halinde)			

\*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz)