



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI
ÇEKİMLİ TEDAVİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.07

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 1/2

Değerli hastamız ve/veya hastamızın yasal temsilcisi;

Başarılı bir ortodontik tedavi için hastanın ve yasal temsilcisinin yapılacak olan tedavi ile ilgili bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu nedenle lütfen ilk olarak **Ortodontik Tedaviler İçin Genel Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formunun** ardından aşağıda yer alan bilgileri okuyunuz, merak ettiğiniz kısımlar ile ilgili hekiminizden bilgi alınız.

Çenelerdeki yer darlıkları, diş eğimlerindeki bozukluklar, dudakların kapatılmasında güçlük vb. sebeplerle farklı çenelerden ve farklı sayılarda daimî dişin eksilmesi gerekebilmektedir. Yaptığımız klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda saptadığımız ortodontik sorununuz aşağıda yer almaktadır.

Tıbbi durum

Önerilen Tedavi

Ortodontik sorunun giderilmesi için aşağıda belirtilen ortodontik tedavi uygulamasının yapılmasını önermekteyiz. (Çekim yapılacak çene/ Çekim yapılacak bölge/ Çekim yapılacak diş/ Toplamda çekilecek diş sayısı belirtilmelidir.)

varsa Alternatif ortodontik tedavi yöntemleri

1.

2.

3.

Diş çekimi cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur. Rutin bir uygulama olmakla birlikte her cerrahi işlemde olduğu gibi bazı riskleri mevcuttur. Şişlik, kızarıklık, cerrahi işlem bölgesinde ağrı, ağız kenarlarında yaralanmalar, çekim yarasının geç iyileşmesi veya enfeksiyon gelişmesi, yetersiz bakım nedeniyle şiddetli ağrıya yol açan kuru soket (alveolit), geçici veya kalıcı duyu azalması veya kaybı, ağız açmada kısıtlılık (trismus), yan dişlerin zarar görmesi, çeşitli miktarlarda kanamalar, çekim bölgesinde diş veya kök parçasının kalması, sinüslere diş kaçması veya sinüsün açılması, nadiren de olsa çene kırıkları görülmesi muhtemel risklerdendir. Nadir de olsa, hekiminiz tedavi sırasında planlanandan daha az veya daha fazla sayıda diş çekilmesine karar verebilmektedir. Ayrıca, çekim yapılan bu bölgelerde ortodontik tedavi sırasında hekiminizin planladığı süre boyunca boşluk kalması normaldir.

Hastanın veya Yasal Temsilcisinin Beyanı

Tarafıma sunulan çekimli ortodontik tedavi ile ilgili bilgiler, olası durumlar ve riskler sözel olarak anlatıldı. Çekimli tedavinin faydalarını, risklerini, alternatiflerini ve sakıncalarını anlıyorum. Çekimli tedavi olmadığım takdirde tedavinin ideal sonuçlanmayabileceği ve karşılaşılabileceğim sorunlar hakkında bilgilendirildim. Ayrıca sunulanlardan daha az sıklıkta ortaya çıkan başka sorunların olabileceğini ve fiili sonuçların beklenen sonuçlardan farklı olabileceğini anlıyorum. Anlatılanlarla ve okuduklarımla ilgili soru sorma fırsatı verildiğini ve sorduğum sorulara cevaben yeterince bilgi verildiğini beyan ediyorum. Olabilecek herhangi bir olumsuz durumda her türlü sorumluluğun kendime ait olduğunu beyan ve kabul eder, yeni işlem yapılması gerektiğinde ilgili işlemin ücretini ödeyeceğimi taahhüt ederim.



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI
ÇEKİMLİ TEDAVİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.07

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı: 2/2

ONAY

Tarafıma sunulan çekimli ortodontik tedavi ile ilgili bilgiler, olası durumlar ve riskler sözel olarak anlatıldı. Çekimli tedavinin faydalarını, risklerini, alternatiflerini ve sakıncalarını anlıyorum. Çekimli tedavi olmadığım takdirde tedavinin ideal sonuçlanmayabileceği ve karşılaşılabileceğim sorunlar hakkında bilgilendirildim. Ayrıca sunulanlardan daha az sıklıkta ortaya çıkan başka sorunların olabileceğini ve fiili sonuçların beklenen sonuçlardan farklı olabileceğini anlıyorum. Anlatılanlarla ve okuduklarımla ilgili soru sorma fırsatı verildiğini ve sorduğum sorulara cevaben yeterince bilgi verildiğini beyan ediyorum. Olabilecek herhangi bir olumsuz durumda her türlü sorumluluğun kendime ait olduğunu beyan ve kabul eder, yeni işlem yapılması gerektiğinde ilgili işlemin ücretini ödeyeceğimi taahhüt ederim.

- Önerilen çekimli tedaviyi kabul ediyorum •

- Seçim yapmam için sunulan tedavi alternatiflerini anladım ve sunulan _ adet seçenekten _____ tedavisinin uygulanmasını seçiyorum •

- Çekimli tedavi olmayı kabul etmiyorum •

Elle yazılacak ifade:

Bu formdaki tüm bilgileri okudum, anlatıldı, anladım, kabul ediyorum. Önerilen ve/veya seçtiğim tedaviyi aşağıda imzası olan ortodontist hekime sağlaması için yetki veriyorum.

Tarih:

Ortodontik tedaviyi yürütecek Ortodontist;

Dr.

İmza:

Tedaviyi kabul eden kişi veya yasal temsilcisi;

Adı,Soyadı:

İmza: