



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI
RÖNTGEN ÇEKİM İŞLEMİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.11

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/1

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz diş hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

Kliniğimizde uygulanan işlemler öğretim üyesi, araştırma görevlileri, doktora öğrencileri ve öğretim üyesi gözetiminde stajyer diş hekimleri tarafından yapılacaktır.

Diş hekimliğinde modern teknik ve metotlarla çekilen diş röntgeninden yayılan radyasyon minimal düzeydedir. Riskli hasta gruplarında (tiroid, göğüs ve akciğer hastalıkları, kanserler ve bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıklar) hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilememek için tiroid koruyucular ve kurşun önlüklerle röntgen çekimi gerçekleştirilir. Bu tür rahatsızlığı bulunan hastaların ilgili diş hekimine ve röntgen teknisyenine hastalığı hakkında bilgi vermesi gerekmektedir.

İşlemin Nerede ve Kim Tarafından Yapılacağı: Diş röntgeniniz röntgen teknisyeni tarafından Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'nda çekilecektir.

İşlemden Beklenen Faydalar:

Diş Röntgeni: Dişlerin, kemik ve diş etlerinin göz ile görünmeyen kısımlarının x-ışını yardımıyla görüntülenmesidir.

Periapikal Röntgen: Ağız içine yerleştirilen filmlerle görüntü alınmasına denir.

Panoramik Röntgen: Birkaç diş ve çevre dokular izlenebilirken, ağız dışından çekilen filmle çene kemiklerini de içine alan daha geniş bir alan görüntüleme işlemidir.

İşlemin Tahmini Süresi: Şartlara göre değişkenlik göstermekle birlikte röntgen çekimi 5dk-15dk arasında sürebilir.

İşlemin Alternatifi: Diş hekimliğinde, şu an için radyasyona maruz kalınmayan bir görüntüleme şekli kullanılmamaktadır.

Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: Diş hekimliğinde modern teknik ve metotlarla çekilen diş röntgeninden yayılan radyasyon minimal düzeydedir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Sonuçlar: Görüntüleme işleminizi ertelemeniz halinde hastalığınız hakkında tanı gücünüz oluşabilir ve doğru tedavinin uygulanması zorlaşabilir. Göz ile görünmeyen patolojik oluşumların gözden kaçırılmasına neden olabilir.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Riskli hasta gruplarında (tiroid, göğüs ve akciğer hastalıkları, kanserler ve bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıklar) hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilememek için tiroid koruyucular ve kurşun önlüklerle röntgen çekimi gerçekleştirilir. Bu tür rahatsızlığı bulunan hastaların ilgili diş hekimine ve röntgen teknisyenine hastalığı hakkında bilgi vermesi gerekmektedir.

Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Mesai saatleri içerisinde İzmir Demokrasi Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'ne, mesai dışı saatlerde açık olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerine başvurulabilir. Sizin ve yakınınızın merkezimizde başınıza gelebilecek güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen bir olay meydana geldiğinde Örn; Kayma, düşme, çarpma vs. gibi durumlarda Hasta Hakları Birimine başvurmanız önemle rica olunur.

ONAY

Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri, Doktora Öğrencileri ve Öğretim Üyesi Gözetiminde Stajyer Diş Hekimleri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerinin, fotoğraflarının, tetkik sonuçlarının (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, Tedavinin neden gerektiğini, tedaviden beklenen faydaları, içerdiği riskleri ve oluşabilecek problemleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olaylar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Lütfen el yazınızla "Okudum anladım, bu belgenin bir nüshasını aldım." yazarak imzalayınız.

	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)