

GENEL BİLGİLENDİRME

Sayın

Ağız diş sağlığı sorununuzun giderilebilmesi için size önerilen tıbbi işlem ve bu işlemle ilgili sözlü anlatılan ve Yetişkin Hasta Bilgilendirme Kitapçığı / Çocuk Hasta Bilgilendirme Kitapçığı da tarafınızdan okunarak bilgi edinilen hususların bir kısmı aşağıda yazılı olarak sunulmuştur. Size verilen bilgileri okuyunuz. Bu form pdf olarak e-mail adresinize gönderilmiştir. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak te-daviler 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. Her hangi 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.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

GENEL ONAM FORMU

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi

Diş Hekimitarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgi lendirildim, anladım. Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim. Tedavi süresinde/sirasında 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 iste nebileceği 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 anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim. Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim. Tedaviyi kabul ettikten sonra bana/vasisi olduğum kişiye ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. Kişisel verilerimin Kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin

(El yazınız ile "veriyorum" ya da "vermiyorum" yazınız.)

..... El yazınız ile "okuduğumu anladım, kabul ediyorum" yazınız.

Tarih:

Hasta Adı-Soyadı:

Hastanın Yasal Temsilcisi(* Yakınlık Derecesi) Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik No'su :

Adresi :

Telefon :

İmza :

Hekimin Adı-Soyadı :

Tarih :

İmza :

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

TEDAVİ PLANINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

..... tarihinde yapılan tedavi planında aşağıda belirtilmiş olan değişiklikler yapılmıştır.

Diş	TEŞHİS	PLANLANAN TEDAVİ

Diş hekimim tedavi değişikliğinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olayları açıkladı.

Yukarıda belirtilmiş olan tedavi planındaki değişikliği kabul[El yazınız ile "ediyorum" ya da "etmiyorum" yazınız.]

Adı-Soyadı	İmza	Tarih/Saat
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)