

ERÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI
BİLGİLENDİRİLMİŐ ONAM FORMU

Bu form, kliniğimize baŐvurunuz s¼recinde yapılan muayene, g¼r¼nt¼leme, değerlendirme ve tetkikler ile ilgili bilgi sahibi olmanız amacıyla d¼zenlenmiŐtir. Bu formdan elde edilen bilgilere g¼re yapılacak işlemlere onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Bu iŐlemler; ağız içi ve ağız dıŐı muayene, radyolojik g¼r¼nt¼leme, diğer gerekli tıbbi testleri içerir ve fotoğraflamadır.

EĞitim-¼Đretim faaliyetlerini y¼r¼ten fak¼ltemize baŐvurarak, muayene, r¼ntgen ve/veya tedavinizin herhangi bir aŐamasında araştırma g¼revlisi ve ¼Đretim ¼yelerinin denetiminde stajyer ¼Đrenciler tarafından yapılabileceğini kabullenmiŐ bulunmaktasınız. Herhangi bir sistemik, bulaŐıcı hastalığınız veya hamilelik durumunuz mevcutsa durumunuzun hekiminize ve ilgili Radyoloji teknikerine bildirme y¼k¼ml¼l¼Đ¼n¼z bulunmaktadır.

MUAYENE: Őik¼yetinize y¼nelik olarak yapılacak muayene iŐlemi temelde ağız içi olarak yapılmakla birlikte, sizden sorumlu olan hekimin gerek g¼rmesi durumunda baŐ ve boyun b¼lgesini de kapsayabilir. Bu nedenle muayene iŐleminiz uzun s¼rebilir. Her aŐamada elde edilen bilgiler sizinle paylaŐılacak ve sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmanız için gerekli ¼nlemler konusunda bilgilendirileceksiniz. DıŐ hekiminiz gerekli g¼r¼rse bir tıp hekiminden yazılı veya s¼zl¼ g¼r¼Ő isteyebilir. İlk muayene sonrası konulan teşhis doğrultusunda gerekli tedavilerin yapılması için ilgili b¼l¼mlere y¼nlendirileceksiniz.

RADYOGRAFİ (R¼NTGEN): Radyograflar tedavi baŐlangıcında, tedavi s¼recinde, tedavi bitiminde ve kontrol amaçlı olarak alınabilir. Bunun için sizden ağız içi ve ağız dıŐı radyograflar çekilebilir. Gerekli g¼r¼ld¼Đ¼ durumlarda İleri g¼r¼nt¼leme iŐlemlerine baŐvurulabilir. Çok gerekli ise hamilelik durumunda kurŐun ¼nl¼k giydirilerek r¼ntgen çekilebilir.

TESTLER: DıŐlere ve diğer dokulara, tanı amaçlı, sıcak soğuk testler, elektrikli pulpa testi ve çeŐitli fonksiyon testleri yapılabilir. DıŐlere uygulanan elektrikli pulpa testinin, kalp pill (Kardiak pacemaker) taŐıyanlar dışında, zararlı bir etkisi yoktur.

FOTOĞRAFLAMA: Diş hekimliği eğitiminin geliştirilebilmesi ve tıbbi kayıt tutulabilmesi için, hastanın klinik fotoğraflarının çekilmesi ve bu fotoğraflarını teşhis, bilimsel, eğitimsel veya araştırma amaçlı kimlik bilgileri gizli tutulmak suretiyle kullanımı gerekebilir. Tamamen sizin onay vermeniz durumunda alınabilecek bu işlem sırasında kimliğinizi açığa çıkarmamaya azami özen gösterilecek ve bu fotoğraflar hiçbir zaman bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Tedavi işlemleri için gereken bilgileri detaylı olarak ilgili bölümlerden alabilirsiniz ancak ilgili bölümlerde tedaviye başladıktan sonra doktorun gerekli görmesi halinde başlangıç tedavi planlaması değişiklik veya daha ileri bir işlem gerekebilir bu durumda hastaya bilgi verilmeden herhangi bir uygulamaya başlanamaz. Sağlık güvencesi kapsamında olmayan veya özel muayene kapsamındaki tedavi giderleri hastanın kendisi tarafından karşılanır. Tedavileriniz için ilgili kliniklerden randevu almanız gerekmektedir. Randevu tarihleri kliniklerin yoğunluğuna göre anabilim dalı tarafından belirlenir.

ONAY

Bu formu okuduğumu, yazılanları anladığımı ve bu bilgiler ışığında bana uygulanacak işlemlere kendi özgür irademle onay verdiğimi beyan ederim.

Hastanın Adı-Soyadı:

Diş Hekiminin adı- Soyadı:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih