



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Dosya Numarası:

Cinsiyeti:

Telefonu:

Tanı:

Tedavi seçenekleri:

-
-

Lokal anestezi Sedasyon Genel anestezi

Tedaviyle ilişkili riskler:

- Operasyon sonrası evde istirahati gerektirecek ağrı ve şişlik
- Uzun süre devam edebilecek kanama
- Komşu dişler, dolgular veya protezlerin zarar görmesi
- Operasyon sonrası oluşan, ek tedavi gerektiren enfeksiyon
- Tedavinin başarısız olması, tekrar tedavi gereksinimi veya mevcut durumun kötüye gitmesi
- Ağız kenarlarının gerilmesine bağlı olarak ağız köşesinde çatlak veya yara oluşması
- Gerekli durumlarda kırılan kökün/köklerin bırakılması
- Çenenin kırılması
- Dudakta, çene ucunda, dişetlerinde, yanakta, dişlerde ve/veya dilde geçici veya kalıcı uyuşukluk olması
- Sinüsün (üst çenedeki dişlerin üzerinde çene kemiğinin içinde bulunan boşluk) ağızla ilişkili hale gelmesi sonucunda ek cerrahi girişimler gerekmesi
- Yüz sinirlerinde geçici veya kalıcı felç oluşması
- Dişetinde ve/veya yüzde skar (yara izi) oluşması
- Uygulanan ilaçlara bağlı hayati tehlike oluşturabilecek ve acil tedavi gerektirecek durumların gelişmesi
- Diş kayıpları
- Diğer

Ben Dr..... olarak hastanın kendisine/ annesine / babasına / sorumlusuna / vekiline yapılacak işlemi anlattım. Özellikle şunları belirttim:

- Beklenen faydalar
-
-
- Ameliyat sırasında sonradan istenebilecek diğer işlemler:
- Kan transfüzyonu
- Diğer işlemler (lütfen belirtin):.....
- Ayrıca yapılacak işlemin neleri içerdiğini, alternatif tedavi yöntemlerinin (tedavi olmamak da dahil) faydalarını ve risklerini ve hastaya özgü diğer durumları anlattım.

Doktorun Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı Soyad

İmzası



T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Eğer tedaviniz önceden planlanmışsa yapılacak tedavinin yararları ve risklerinin anlatıldığı ön sayfanın bir kopyası sizde olmalıdır. Yoksa şimdi bir kopyasını alın. Başka sorularınız varsa lütfen sorun. Bu formu imzaladıktan sonra dahil ameliyata girene kadar her an fikrinizi değiştirme hakkına sahipsiniz.

1. Bu formda belirtilen tedavinin şekli ve seyrini aklım başımda olarak kabul ediyorum.
2. Genel sağlık durumumla ilgili bütün bilgileri verdim ve bu duruma bağlı olarak oluşabilecek sorunlar hakkında bilgilendirildiğimi kabul ediyorum.
3. Doktorlarımın önerilerine tamamen uymayı kabul ediyorum ve aksi durumda tedavimin başarısızlıkla sonuçlanabileceğini anladım.
4. İşlem veya tedavi sırasında çıkarılan dokular (kan dahil) teşhis ve inceleme için kullanılabilceğini ve uygun bir şekilde saklanacağını ya da atılacağını, uygun, etik, yasal ve profesyonel standartlara göre düzenleneceğini kabul ediyorum.
5. Kendi teşhis ve tedavim için gerekmeyen dokuların (kan dahil) eğitim ve genetik araştırmalar amacıyla kullanılabilceğini kabul ediyorum.
6. Her araştırmanın etik araştırma komitesi tarafından uygun bulunduğunu ve uygun etik, yasal ve profesyonel standartlarla garantilendiğini anladım.
7. Tüm araştırmaların kar amaçlı organizasyon veya şirket tarafından değil, bir üniversite veya hastane tarafından yürütüldüğünü anladım.
8. Teşhis ve tedavi amaçlı fotoğraf çekilmesini kabul ediyorum.
9. Çekilen fotoğrafların kimlik belirtmeksizin eğitim amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.
10. Tedavimi belirli bir kişinin yapacağı konusunda garanti vermediğinizi anlıyorum. Nasılsa tedavimi yapacak kişi yeterli deneyime sahip olacaktır.
11. İşlemden önce durumumun aciliyeti imkân sağladığı müddetçe anesteziyle anestezinin detayları hakkında konuşabileceğimi anlıyorum (sadece genel ve reyonel anestezi yapılacak hastalar için).
12. Bu formda belirtilen işlemler dışında herhangi bir işlemin yalnızca hayatımı kurtarmak veya sağlığıma ciddi zarar gelmesini önlemek için yapılabileceğini anlıyorum.
13. Tedavim sırasında diğer başka işlemlerin yapılması gerekebileceği bana anlatıldı. Aşağıda iznim olmadan yapılmasını istemediğim işlemleri belirttim.

BU FORMU OKUDUM VE İÇERİĞİNDEKİ TÜM TERİMLERİ VE KELİMELERİ ANLADIM.

Hastanın/ Velisinin Adı-Soyadı:
Tarih:

İmza:
Saat: