



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: SHB.FR.60
Yayın Tarihi	: 09.04.2019
Revizyon No	: 01
Revizyon Tarihi	: 07.02.2020
Sayfa No	: 1/1

**AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**HAMİLELER İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Bu form, kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmanızı sağlar. Bu bilgilere göre işlemlere onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

**BİLGİLENDİRME:**

**HAMİLELERDE RADYOGRAFİ ALINMASI:**

Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemedan yapılmış tiroid koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

**Hekim ve/veya Tekniker Notu:**

**ONAY**

- Yapılacak her türlü tıbbi görüntüleme işlemine,
- Kimlik bilgileri gizli tutulmak suretiyle, klinik fotoğraflarımın çekilmesine ve teşhis, bilimsel, eğitimsel veya araştırma amaçlı kullanılmasına,
- Radyograf alınmasını kabul etmeme hakkımın olduğunu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.
- Hamile isem beni muayene eden doktora ve röntgen teknisyenine hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum. Bu klinikte konulan teşhisler doğrultusunda tedavilerimin yapılması için ilgili bölümlere yönlendirileceğim ve tedavim için gereken bilgileri detaylı olarak ilgili bölümlerden alabileceğim konusunda bilgilendirildim.

Bu rıza formu, imzaladığım tarihte Ağız, Diş ve Çene Radyoloji Kliniği'ne başvurum sırasında geçerlidir. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Kliniğinde muayene ve işlemleri kabul etmemem halinde yazılı olarak başvurarak onamımı geri çekebileceğimi biliyorum. Bu formu okuduğumu ve bu bilgiler ışığında bana uygulanacak işlemlerin tamamını kabul ediyorum.

**Hastanın (Velisinin) Adı-Soyadı**

**Tarih / Saat**

**İmza**

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN