



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : S.HB.FR.08
Yayın Tarihi : 20.11.2023
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1/1

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Hastanın Adı Soyadı : | Adres ve Telefon : |
| Dosya No : | |
| Cinsiyeti : | |
| Doğum Tarihi : | |

Tanı :

Tedavi Seçenekleri :

Lokal Anestezi

Sedasyon

Genel Anestezi

Seçilen tedavi sırasında ve/veyasonrasında oluşabilecek sorunlar (koruplikasyonlar) :

- 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 ve yara oluşumu
 - Gerekli durumlarda kırılan kökün bırakılması
 - Çenenin kırılması
 - Dudakta, çene ucunda, diş etlerinde, yanakta dişlerde ve/veya dilde geçici veya kalıcı uyuşukluk olması
 - Sinüsün (üst çenedeki dişlerin üzerinde çene kemiği içerisinde bulunan boşluk) ağızile ilişkili hale gelmesi
- sonucunda ek cerrahi girişimler gerektirmedi
- Yüz sinirlerinde geçici veya kalıcı felç oluşması
 - Dişetinde ve/veya yüzde skar (yara izi) oluşması
 - * Uygulanan ilaçlara bağlı hayati tehlike oluşturabilecek ve acil tedaviyi gerektirecek durumların gelişmesi
 - * Diğer.....

Ben Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi doktor/diş hekimi çalışma ekibinin uygulayacağı tedaviyi, aklım başımda olarak kabul ediyorum. Rahatsızlığımın tedavisi için uygulanabilecek tedavi seçenekleri tarafıma sunulmuştur. Benim rahatsızlığımın tedavisi için tercih etmiş olduğum tedavi seçeneğinin yerine getirilmesi sırasında gerekli olan ilaçların ve girişimlerin tümünün uygulanmasına izin veriyorum. Cerrahi girişimlerin uygulanmasını gerektiren sebepler, riskler ve olası sorunlar (komplikasyonlar) tarafıma açıklanmıştır. Genel sağlık durumum ile ilgili olarak bütün bilgileri verdim ve bu duruma bağlı olarak oluşabilecek sorunlar konusunda bilgilendirildim. Doktorların önerilerine tamamen uymayı kabul ediyorum ve aksi durumda tedavimin başarısızlıkla sonuçlanabileceğini biliyorum. Muayene ve tedavim sırasında elde edilecek bilgilerin bilimin gelişmesine yönelik araştırmalar amacıyla başka bilimsel kurumlarla veya eğitim için kullanılmasına (hasta hakları ve etik ilkelere uygun olmak koşuluyla) izin veriyorum.

BU FORMU OKUDUM VE İÇERİĞİNDEKİ TÜM TERİMLERİ VE KELİMELERİ ANLADIM. Tarih :

Hastanın Adı-Soyadı :

İmza :

Hastanın Velisi/Vasisi Adı-Soyadı :

İmza :

Doktor Adı Soyadı :

İmza :

| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|------------------------|--------------------------|-----------|
| BİRİM KALİTE SORUMLUSU | KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ | DEKAN |