	DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	Doküman No	HSÇ.FR.14
	LAMİNATE VENER KRONLAR ONAM FORMU	Yayın Tarihi	22.05.2025
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	Sayfa 1 / 2

HASTANIN

DOSYA NUMARASI

ADI - SOYADI

*(*Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.*)*

1- Çevirmen Gerekli Mi? ☐EVET ☐HAYIR

2 – Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? ☐EVET ☐HAYIR

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Randevu günü lütfen bu formu yanınızda getirip, doktorunuza teslim ediniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Porselen laminate vener kronlar, genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı kalan, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan, çok ince porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla, örneğin dişin şeklini, pozisyonunu, rengini düzeltmek gibi, uygulanır. Dişin ön yüzünden 0.5 mm'den daha az ve mine seviyesi sınırlı kalmak kaydı ile madde kaldırılır. Dişin tamamının kaplandığı kronlara göre çok daha az diş yapısı kaldırılsa da, mineden aşındırma yapıldığında durum geri dönüşümsüzdür.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalında görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Uygulanan dişlerde estetiğin düzeltilmesi ve düzenlenmesi (renk, şekil, pozisyon vb.), çok az diş dokusunun kaldırılarak diş yapılarının korunması, metal içermeyen estetik malzemelerle (porselen, zirkon gibi), doğal dişe en yakın görünümün elde edilmesi.

İŞLEM ESNASINDA VE SONRASINDA KARŞILAŞILABİLECEK PROBLEM VE RİSKLER

» Dişin ön yüzünden yapılan aşındırmalar sonucu geçici bir süre ya da daimi olarak dişler hassas hale gelebilir. Dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti gelişebilir. Bazı durumlarda dişlere kanal tedavisi yapılması gerekebilir.

» Kullanım sırasında kırıklar ve çatlaklar oluşabilir. Bu durumda tamiri mümkün olmayabilir. Değiştirilmesi ya da tüm dişi kaplayan kronların yapılması gerekebilir.

» Doğal dişlerle tam bir renk uyumu sağlanmayabilir. Ayrıca belirli bir süre kullanımdan sonra renklerinde değişikler meydana gelebilir. Bu kronlar yapıştırılmadan önce renk, form ve estetik konusunda hekiminize onay vermeniz gerekir. Bir kere yapıştırıldıktan sonra bu kronlarda renkle ilgili değişiklik yapmak mümkün değildir.

» Bu protezler bazı durumlarda dişten ayrılabilir. Bu kronları hekiminizin önerileri doğrultusunda dikkatli kullanmanız gerekir. Diş gıcırdatma, diş sıkma, travma, kalem gibi yabancı cisim ısırma alışkanlıkları bu kronların dişten ayrılma riskini artırır. Tekrar yapıştırma işlemleri kullanılan yapıştırıcıların özel olması nedeniyle hastaya ek bir maliyet getirebilir.

» Laminate vener kronların uygulandığı ağız hijyeninize dikkat etmediğiniz, sağlıklı bir diyetle beslenmediğiniz, hekiminize düzenli kontrollere gelmediğiniz ve ağız hijyeninin sağlanmasında hekiminizin önerilerini dikkatli bir şekilde yerine getirmediğiniz takdirde, çürük ve dişeti hastalıkları meydana gelebilir.

	DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	Doküman No	HSÇ.FR.14
	LAMİNATE VENER KRONLAR ONAM FORMU	Yayın Tarihi	22.05.2025
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	Sayfa 2 / 2

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1-	Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını;	☐ KABUL EDİYORUM ☐ KABUL ETMİYORUM
2-	İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını;	☐ KABUL EDİYORUM ☐ KABUL ETMİYORUM

HASTA ONAYI

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK** hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyor ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası tarafıma verilmiştir.

Lütfen aşağıdaki alana kendi el yazınızla "**Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY VERİYORUM**." yazınız.

……
……
……

HASTA / VELİ / VASİSİNİN		ŞAHİTLİK EDENİN	
ADI SOYADI	……	**ADI SOYADI**	……
TARİH - SAAT	……/……/20…… / …… : ……	**TELEFON**	0 ……
YAKINLIK DERECESİ	……	**TARİH**	……/……/20……
İMZA	……	**İMZA**	……

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI

☐ **HASTANIN BİLİNCİ KAPALI**	☐ **HASTANIN KARAR VERME YETKİSİ YOK**
☐ **HASTA 18 YAŞINDAN KÜÇÜK**	☐ **ACİL AMELİYATA ALENMASI GEREKEN HASTA**

RIZANIN ALINDIĞI	**HEKİMİN**
TARİH: ……/ ……/……	**ADI – SOYADI**
SAAT : ……:……	**İMZA**