	DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	Doküman No	HSÇ.FR.16
	TEDAVİ SÜRESİ DOLMADAN TEKRAR PROTEZ YAPTIRMAK İSTEYEN HASTA BİLGİLENDİRME FORMU	Yayın Tarihi	22.05.2025
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	Sayfa 1 / 1

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

SGK tarafından resmi kurumlarda uygulanan protezler her bir hasta için ancak "**4 yılda bir**" karşılanmaktadır. En son resmi kurumda yaptırdığım protezin yapılması tarihi üzerinden 4 yıl geçmemesi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Klinikleri'nde yaptıracağım protezin tüm ücretlerinin benim tarafımdan karşılanacağı konusunda bilgilendirildim. Bu nedenle yaptıracağım protezin tüm ücretlerinin tarafımdan ödenmesi gerekmektedir ve tüm ödemeleri kabul ediyorum.

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**	……