



ENDODONTİK TEDAVİ İZİN FORMU

Doküman No	SHB.FR.31
Yayın Tarihi	11.06.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	1/1

Aşağıda belirtilmiş olan tedavi yöntemlerinin uygulanacağını kabul ediyorum:

Antibiyotik,analjezik ve diğer ilaçların;kızarıklık,dokuda şişlik,kaşıntı,bulantı ve anafilaktik şok (çok nadir) gibi alerjik etkileri olabileceğini kabul ediyorum.

Tedavi sırasında,diş üzerinde çalışırken inceleme sırasında tetkik edilememiş sebepler dolayısıyla tedavi değişebilir ya da tedaviye yeni prosedürler eklenebilir.Bunlardan en çok başvuru alan işlem kök kanal tedavisidir.Dişim için gerekli olan tüm/herhangi değişiklikler ve eklemeler için izin veriyorum.

Kök kanal tedavisi sırasında kullanılan yıkama maddeleri nadir de olsa bazı hastalarda alerjik reaksiyonlara sebep olabilir.Bu konuda bilgilendirildim.

Kök kanal tedavisinin dişimi kurtaracağına dair bir garantisi olmadığını,tedavi sebebiyle komplikasyonlar oluşabileceğini ve ender de olsa kök kanalına metal objelerin simante edilebileceğini,bunların kök dışına çıkabileceğini kabul ediyorum. Kök kanal tedavisini takiben nadiren ek cerrahi prosedürler uygulanabileceğinin farkındayım.

Hasta ve/veya.....'in ebeveyni ve/veya velisi olarak,kendime ve/veya çocuğuma yapılması gereken tüm dental tedaviler için dental personelden,röntgen dahil,fakat röntgenle sınırlı olmayan, diş hekimi tarafından tavsiye edilip uygulanacak tüm anestezi dahil gerekli tedavi talep ediyorum ve yetki veriyorum.

Hasta/Ebeveyn/Veli Adı, Soyadı, İmzası :

Tarih: