



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: SPL.FR.02
Yayın Tarihi	: 01.05.2018
Revizyon No	: -
Revizyon Tarihi	: -
Sayfa No	: 1/1

KRON-KÖPRÜ SÖKTÜRECEK HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

- Kron sökümü uzun zaman alabilir.
- Kron köprü sökümü sırasında kron köprülerin bozulma riski yüksektir.
- Kron köprü sökümü sırasında doğal dişin kırılma ihtimali vardır.
- Kron köprü sökümü sırasında sallanan dişlerin yerinden çıkma ihtimali vardır.
- Kron ve köprülerin altı röntgende görünmediği için doğal dişin durumu hakkında kron veya köprü sökülmeden teşhis koymak her zaman mümkün değildir.
- Kron köprü söküldükten sonra alttaki doğal dişlerin durumuna bağlı olarak protez planlaması değişebilir.
- Diğer bölümlerdeki tedaviler için protez bölümünden kron köprü sökümü istenmiş ise, **kron ve köprülerin veya destek için söküm sırasında hasara uğraması sonrasında protez randevuları dolu ise yeniden protez yapılması için randevu verilemez.**

OKUDUM KABUL EDİYORUM

Hastanın Adı Soyadı :
İmza :

Protetik Diş Tedavisi A.D. Başkanlığı
Tarih



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu	: SPL.FR.02
Yayın Tarihi	: 01.05.2018
Revizyon No	: -
Revizyon Tarihi	: -
Sayfa No	: 1/1

KRON-KÖPRÜ SÖKTÜRECEK HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

- Kron sökümü uzun zaman alabilir.
- Kron köprü sökümü sırasında kron köprülerin bozulma riski yüksektir.
- Kron köprü sökümü sırasında doğal dişin kırılma ihtimali vardır.
- Kron köprü sökümü sırasında sallanan dişlerin yerinden çıkma ihtimali vardır.
- Kron ve köprülerin altı röntgende görünmediği için doğal dişin durumu hakkında kron veya köprü sökülmeden teşhis koymak her zaman mümkün değildir.
- Kron köprü söküldükten sonra alttaki doğal dişlerin durumuna bağlı olarak protez planlaması değişebilir.
- Diğer bölümlerdeki tedaviler için protez bölümünden kron köprü sökümü istenmiş ise, **kron ve köprülerin veya destek için söküm sırasında hasara uğraması sonrasında protez randevuları dolu ise yeniden protez yapılması için randevu verilemez.**

OKUDUM KABUL EDİYORUM

Hastanın Adı Soyadı :
İmza :

Protetik Diş Tedavisi A.D. Başkanlığı
Tarih