



Özel Ekol Hastanesi

KURON PROTEZ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



| | | | | |
|------------|--------------|-------------|-----------------|----------|
| Doküman No | Yayın Tarihi | Revizyon No | Revizyon Tarihi | Sayfa No |
| HD.RB.185 | 13.12.2024 | 00 | - | 1 / 3 |

Klinik Adı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Doğum tarihi:
Dosya No:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vası;

Sağlık durumunuz/hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ile bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta yol açabileceği zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahip bulunmaktasınız. Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak amacıyla sınırlı olarak hazırlanmıştır.

Bu formda verilen bilgiler ve konulan tanılar, ön bilgilendirme ve ön tanı niteliğinde olup hekim tarafından yapılacağı belirtilen tedavi/ girişim/işlem/ameliyat sürecinde tıbbi gereklilikler nedeni ile yine bu bilgilendirme formunda sayılı olasılıklar dâhilinde değişiklikler olabilir.

AYDINLATMA BİLGİSİ / BİLGİLENDİRME

1. İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

Genel Bilgilendirme

Kuronlar diş çürükleri veya travmalar sonucu dişte meydana gelen madde kayıplarının daha da ilerlemesi önlemek ve dişin çiğneme işlevi altında kırılmasını engellemek için yapılan ve dişin ağız içinde görünen kısmının metal, metal-seramik, tam seramik bir malzeme ile kaplanma işlemidir. Bu kaplama işlemi sonucu dişin çiğneme ve fonasyon işlevi, estetiği sağlanır.

Riskleri;

- Bazı olgularda diş endodontik ve periodontal tedavi gerekebilir. Bu da tedavi süresini uzatabilir.
- Canlı dişlerde hassasiyet olabilir.
- Kuron yapımında kullanılan malzemeden kaynaklanan kırılma ve kopmalar olabilir. Bunlar tekniyen hatası sonucu olabildiği gibi, dişin anatomik durumundan da kaynaklanabilir.
- Kuron boyu kısa dişlerde zaman zaman hastanın yeme ve çiğneme alışkanlıklarına bağlı olarak kuronlarda düşmeler meydana gelebilir.
- Kuron dişeti sağlığı için hastanın iyi bir ağız hijyen bakımı yapması gerekir. İyi fırçalanmayan ve diş ipi kullanılmaması kuronların çevresinde dişeti problemi yaratabilir.

İşlemden Beklenen Faydalar: Bu kaplama işlemi sonucu dişin çiğneme ve fonasyon işlevi, estetiğinin sağlanması beklenmektedir.

İşlemin Tahmini Süresi : İşlem hastadan hastaya değişiklik gösterdiğinden işlem süresi hakkında hekiminiz tarafından size özel bilgilendirme yapılacaktır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Çiğneme fonksiyonu, fonasyon bozuklukları düzelmez ve estetik bir görünüme sahip olunmaz.

İşlemin Alternatifleri : Adeziv dolgular yapılabilirse de genellikle kuronun alternatifi yoktur.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Kullandığımız ilaçlar (özellikle de aspirin gibi kanın

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|--------------------------|
|  Ekol Hastanesi | Özel Ekol Hastanesi KURON PROTEZ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU |  | | |
| <i>Doküman No</i> HD.RB.185 | <i>Yayın Tarihi</i> 13.12.2024 | <i>Revizyon No</i> 00 | <i>Revizyon Tarihi</i> - | <i>Sayfa No</i> 2 / 3 |

pihtılaşmasını engelleyici olanlar), mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve ilaç alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi veriniz. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayınız.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: İşlemden sonra doktorunuz veya hemşirenizin izin verdiği saatte yemek yemeye başlayabilirsiniz. Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum ve yapılacak girişime onay veriyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|--------------------------|
|  Ekol Hastanesi | Özel Ekol Hastanesi KURON PROTEZ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU |  | | |
| <i>Doküman No</i> HD.RB.185 | <i>Yayın Tarihi</i> 13.12.2024 | <i>Revizyon No</i> 00 | <i>Revizyon Tarihi</i> - | <i>Sayfa No</i> 3 / 3 |

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

| | | | |
|--|--|--|-------|
| Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum. | | | |
| İmzası: | Tarih: | Saat: | |
| Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise; Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi: | | | |
| <input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı | <input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük | <input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok | |
| <input type="checkbox"/> Acil | | | |
| Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin; | | | |
| Adı-Soyadı: | İmzası: | Tarih: | Saat: |
| Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde); | | | |
| Adı-Soyadı: | İmzası: | Tarih: | Saat: |

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **'Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok.'** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....