



Özel Ekol Hastanesi

DİŞ DOLGUSU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.188	14.01.2025	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:

Koruyucu Uygulamalar:

Bebeğin ilk dişleri çıkmasıyla birlikte düzenli diş hekimi ziyaretleri; oluşması muhtemel sorunların önlenmesi ve sağlıklı ağız- diş yapısına sahip olunması için çok önemlidir. Süt dişleri genellikle 6 ay ile 2,5 yaşları arasında ağızdaki yerlerini alırlar. Süt dişlerinin varlığı bebeğin beslenmesi,konuşmasının düzgün gelişmesi ve psikolojik olarak kendine güvenli olarak yetişmesi açısından çok önemlidir. Aynı zamanda bu dişler altından gelecek olan sürekli dişlerin yerlerini koruyarak doğal yer tutucu görevini görürler. Dişler ilk çıktıklarında anne bir bez yardımıyla bebeğin dişlerini temizlemeli ve o şekilde uyutmalıdır. Bebek uyurken biberona veya yalancı emziğe bal pekmez koyup vermek çok yanlıştır, biberon çürüğü dediğimiz çürükler oluşması kaçınılmazdır. Çocuk fırçayı tutacak yaşa geldiğinde ebeveyn kontrolünde dişlerini fırçalamaya alıştırmalıdır. 2,5-3 yaşlarından önce yutma riskinden dolayı macun kullanılması önerilmez, daha sonraları mercimek büyüklüğünde flor içeren macun kullanılarak,dişlerin yumuşak dairesel hareketler ve dişetinden diş doğru süpürme hareketiyle günde en az iki kere düzenli olarak fırçalanması sağlanmalıdır. Fırçalamadaki amaç uygun teknik ve süreyle besin artıklarının ağız ortamından mekanik olarak uzaklaştırılmasıdır, macunun etkisi ise fırçalamayı kolaylaştırmasıdır. Süt dişleri çürüdüğünde nasılsa düşecek düşüncesiyle tedavi yaptırılmaması yanlış bir düşüncedir, çünkü süt dişinin mevcut durumu alttan gelecek daimi dişi etkileyebilmektedir ve gereksiz yapılan erken süt dişi çekimlerinde oradaki boşluğa doğru yanındaki dişler kayabilmekte ve alttan gelecek olan sürekli dişe yer kalmayarak, çapraşıklık oluşabilmektedir.

Flor Uygulaması; diş minesini asitlere karşı koruyarak dişlerin çürümesini önleyen ayrıca dişin oluşumu sırasında yapısına girerek dayanıklılığını arttıran bir elementtir. Diş hekimleri tarafından 6 ayda bir uygulanan flor jelleri koruyucu uygulamalardandır.

İşlemin Tahmini Süresi : Ortalama 4 dk sürmektedir ve hastanın işlemten sonra yarım saat ağızını çalkalamaması ve hiçbir şey yiyip, içmemesi gerekmektedir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Dişler dayanıklılığını daha kolay kaybedebilir.



Özel Ekol Hastanesi

DİŞ DOLGUSU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.188	14.01.2025	00	-	2 / 3

İşlemin Alternatifleri : Ağızdan alınan flor tabletleri ,florlu diş macunları.

Fissür Örtücü Uygulaması; Fissür örtücü denen malzemelerle azı dişlerinin üstündeki çukurcuklar kaplanarak besinlerin yapışması önlenir ve dişler çürüğe karşı korunmuş olur.

İşlemin Tahmini Süresi : Yaklaşık 20 dk süren, kolay ve ağrısız bir koruyucu uygulamadır. Fissür örtücü zamanla aşınabilir ve düşebilir, düştüğü takdirde tekrar yapılabilir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Dişler iyi fırçalanmazsa daha çabuk çürüyebilir.

İşlemin Alternatifleri : Yok.

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



Özel Ekol Hastanesi
DİŞ DOLGUSU
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.188	14.01.2025	00	-	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.

.....