



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
İMLANT ÜSTÜ PROTEZ KULLANAN HASTA/HASTA YAKINI
BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.17
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	1 / 3

□ İMLANT DESTEKLİ PROTEZLER

İmlant destekli protezler, implant üzerine yerleştirilen ve implantlar tarafından desteklenen sabit veya hareketli protezlerdir. Hareketli olanlar kolayca temizlenmesi amacı ile hasta tarafından çıkartılabilecek şekilde olabileceği gibi diş hekimi tarafından çıkartılabilecek şekilde de planlanabilir. Tek diş eksikliğinden tam diş eksikliğine kadar geniş bir uygulama alanı bulabilen implant destekli protezler için gerek koşul hastanın yeterli kemik seviyesine sahip olması ve genel sağlık durumunda engel olabilecek bir rahatsızlığın bulunmamasıdır.

Kişinin genel sağlık durumu ve çenelerindeki kemik miktarı uygunsa implantın vida kısmı lokal anestezi ile çene kemiğine yerleştirilir. Yaklaşık 3-6 ay iyileşme süresi beklenir. İyileşme tamamlandıktan sonra implantın vida parçası üzerine bir parça daha vidalanır ve bunun üzerine protez diş yapılır.

İmlant Destekli Hareketli Protezin Bakımı Nasıl Yapılır?

- İmlant destekli hareketli protezler günde en az iki kez çıkarılarak temizlenmelidir ve gece çıkartılmalıdır.
- Aynı zamanda ağızda görünen implant üst yapıları, implant çevresi ve ataşmanlar da dikkatlice fırçalanarak temizlenmelidir.
- Protezlerin içinde bulunan lastikler zamanla gevşeyebilir bu lastikler basit bir işlemle değiştirildiğin de tutuculuk tekrar geri kazanılabilir.
- İmlant yapıldıktan sonraki ilk bir yıl içerisinde, her 3-6 ayda bir diş hekimi tarafından ağız içi ve radyolojik kontrol yapılmalıdır.

İmlant Destekli Köprünün Bakımı Nasıl Yapılır?

- İmlant destekli sabit dişlerin bakımı doğal dişlerin bakımına çok benzer. Sabah akşam olmak üzere günde en az iki kere dişler fırçalanmalıdır.
- Protez ve dişeti arasında kalan alan ara yüz fırçaları, özel ipler (superfloss) ve diş fırçası ile düzenli olarak diş hekiminin önerdiği şekilde temizlenmelidir.
- İlk yıl içinde her 3-6 ayda bir diş hekimi tarafından ağız içi ve radyolojik kontrol yapılmalıdır



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
İMLANT ÜSTÜ PROTEZ KULLANAN HASTA/HASTA YAKINI
BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.17
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	2 / 3

Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Formundaki açıklamaları okudum, anladım ve doğabilecek tüm komplikasyonlar hakkında bilgi edindim. Tedavimle ilgili sorularımın cevaplarını aldım. Kendim veya yakını olduğum hastam/çocuğum ile ilgili sorulan sorulara doğru bilgi verdim ve eksik bilgi bırakmadım. Tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek tüm komplikasyonlarda başka bir hastaneye sevkimi kabul ediyorum.

Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacak tedavi/tedavilerin E. Ü. Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Kliniğinde Asistan, Dr. Asistan, Uzm.Dr., Dr.Öğr.Üyesi, Doç. Dr., Prof. Dr. unvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda diş hekimliği klinik öğrencilerinin "Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Formu" nda belirtilen tedavileri hekimlerin nezareti altında yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf, radyografi ve video görüntülerinin alınmasına, diş ve doku parçalarının bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum. Bununla birlikte, yapılacak bazı tedavilerin 1 seansta tamamlanamayıp, birden fazla seans sürebileceğini de kabul ediyorum.

Aşağıdaki boşluğa el yazınız ile **'okudum, anladım, kabul ediyorum'** yazınız.

Tarih:.....

Hasta Adı-Soyadı:.....

Hastanın Yasal Temsilcisi(* - Yakınlık Derecesi) Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik No'su :

İmza :

Hekimin Adı-Soyadı :

Tarih/Saat : /

İmza:.....

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
İMLANT ÜSTÜ PROTEZ KULLANAN HASTA/HASTA YAKINI
BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.17
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	3 / 3

Adı Soyadı:			Protokol:		Statüsü:		Dr. Kod No/İsim
Kod	Adet	Stajyer No	Başlangıç		Bitiş		
			Tarih	Saat	Tarih	Saat	İmza

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

İŞLEM KODLARI

İşlem Kodu / SUT Kodu	İşlem Adı	İşlem Kodu / SUT Kodu	İşlem Adı
4001 / 404010	Tam Protez (Akrilik, tek çene)	4025 / 404220	Maryland (andheziv) Köprü
4002 / 404020	Bölümlü Protez (Akrilik, tek çene)	4023 / 404210	Teleskop primer kron-kopingli
4003 / 404030	Tam Protez (Metal Kaideli, tek çene)	4006 / 404080	Besleme (tek çene)
4004 / 404040	Bölümlü Protez (Metal Kaideli, tek çene)	4007 / 404090	Tamir (Akrilik Protezde kırık veya çatlak)
4017 / 404181	Veneer Kron (Seramik Ayak)	4008 / 404100	Kroşe İlavesi
4044 / 404400	İmplant Üstü kron/köprü (üye başına)	4010 / 404120	Diş İlavesi (Tek Diş)
4045 / 404410	İmplant üstü Tam Protez	4027 / 404240	Geçici Kron (Her diş için)
4046 / 404420	İmplant üstü Bölümlü Protez	4028 / 404250	Kron Sökümü (Her ayak üye için)
4039 / 404360	Hassas Tutuculu Kronlar	4029 / 404260	Kron, köprü Simantasyonu
4021 / 404395	Zirkonyum Kron	4030 / 404270	Kron, köprü Tamiri (Her üye için)