



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
DENTAL İMPLANT
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.21
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	1 / 4

Bu yazılı metin size uygulanacak dental implant işlemi konusunda bilgilendirilmeniz ve bilinçli olarak işlemi kabul ettiğinizi onaylamanız için hazırlanmıştır. Hekiminizi lütfen özenle dinleyiniz, mantık ve etik kuralları çerçevesinde aklınıza takılan soruların cevaplarını alın. Yeterli bilgi aldığınızı onaylayınız.

Dental İmplant, destekli protetik iyileştirmeler eksik diş bölgelerine yapay üniteler yerleştirilerek yapılan proteze destek sağlanması ve dişsizlik sorununuzun bu şekilde giderilmesi için uygulanan bir tedavi seçeneğidir.

İlk aşamada dental implant çene kemiğinize cerrahi işlemle yerleştirilerek iyileşmeye bırakılır. İkinci aşamada ise, yerleştirilen dental implantların destek alındığı protetik yapılandırma yani protez yapımı gerçekleştirilir.

Sizin ağız içi ve isteminize bağlı olarak asıl dental implantlarınıza ek olarak iyileşme süresince kullanılacak "geçici implantlar" yerleştirilebilir, asıl işlemlere geçilmeden çıkarılırlar.

Geçici implant planlanmıştır. () Evet () Hayır

Gerekli durumlarda cerrah, teknik amaçlı kemik ürünleri (Yapay veya bireyin kendisinden veya/ve hayvansal kaynaklı) veya uygulanan kemik ürününü desteklemek amaçlı yapay veya sentetik yüzey örtücüleri (membranlar) ve sabitleme parçaları kullanılabilir.

Operasyonumuzda aşağıdaki materyallerin kullanılması planlanmıştır. (Lütfen el yazısı ile yazınız.)

- | | |
|--------|--------|
| 1..... | 4..... |
| 2..... | 5..... |
| 3..... | 6..... |

Operasyona başladıktan sonra öngörülemeyen durumlar nedeniyle yöntem ya da aşamalar değişebileceği için ödediğiniz ücret miktarları da değişebilir. Yukarıda onay verdiğiniz materyallerden bir ya da birkaçı kullanılabilir. Cerrahin bu gibi durumlarda mesleki bilgisi ile değerlendirmesini yaparak gerekli gördüğü işlemi yapabilir veya uygulamayabilir.

Cerrahinin Riskleri ve Komplikasyonları

- Ameliyat sonrası rahatsızlık ve şişlik evde istirahatinizi gerektirecek gibi birkaç gün sürebilir. Daha uzun veya aşırı kanama ilave tedavileri gerektirir.
- Ciltte renklenme ender olarak cerrahiden 1-2 gün sonra ortaya çıkar ve genelde 2-3 hafta geçmez.
- Komşu dişler ve komşu dişlerin kökü hasar görebilir.
- Ameliyat sonrası enfeksiyon ilave tedavileri gerektirebilir ve implant kayıpları olabilir.
- Ağız köşelerinin esnemesi sonucu çatlaklar ve morarmalar olabilir ve iyileşmeleri yavaş olur.
- Ağız açıklığı birkaç gün kısıtlı olabilir. Bazen şişliğe ve kas ağrısına ve bazen de eklemdeki strese bağlı olabilir.
- Çenedeki veya yumuşak dokudaki sinir dallarında olabilecek hasarlar, karıncalanmaya, uyuşukluğa, çene ucunda, dudaklarda, yanakta, dişetlerinde ve dilde (tat alma duyusunda kayıplar olabilir) veya ameliyat olduğu taraftaki dişlerde ağrıya neden olabilir. Bu semptomlar genellikle birkaç hafta veya ay boyunca hatta bazen tamamen kalabilir.



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
DENTAL İMPLANT
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.21
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	2 / 4

- Sinüse yapılan açıklık (üst dişlerin kökünün üzerinden kemiğin içerisine doğru açılan içi boş bir kanal) ilave tedaviler gerektirir. Eğer sinüse girilirse ilave iyileşme zamanı ve bazı ilaçlara gereksinim olabileceği sinüsitis semptomları birkaç hafta boyunca görülebilir.
- İnce kemik plakalarının ve çenenin kırılması gözlenebilir.
- İmplant çevresinde kemik kaybı oluşabilir.
- Diğer sabitleme gereçleri kullanılan vidalar, plakalar, membranlar vb. ya konuldukları yerde daimi olarak kalırlar ya da ilave bir cerrahi işlem ile çıkartılabilirler. Bu gereçlerin dişetinden beklenmeyen bir şekilde çıkması olasıdır. Ve bu durum implantın erken kaybına veya çıkarılmasına sebep olabilir.
- İmplant veya protetik başarısızlık ender olarak implant veya implantın parçaları veya üzerindeki protetik kısım çigneme stresleri altında kırılıp başarısız olabilir.
- Sigara kullanımı implant tedavisinin başarısını olumsuz yönde etkilemektedir.
Riskler bu şekilde sıralanabilir ancak bunlarla sınırlı değildir.

Dental İmplantların Kullanım Süresi

Bazı hastalar dental implant cerrahisine başarılı bir şekilde cevap vermezler bu durumda implant kaybedilebilir.

Eğer implant iyileşme safhasında kaybedilirse daha sonra kemik defekti iyileştiğinde veya kemik ürünü yardımı ile bir başka implant yerleşimine uygun kemik hacmi elde edildikten sonra tekrar implant yerleştirmek mümkün olabilir. Böyle bir durum olduğunda bu işlem için ek ödeme yapmanız gerekebilir. Ayrıca başarılı, sağlam bir implant aylar veya yıllar sonra implant ve dişeti ve / veya kemik arasındaki bağlantı başarısızlığı sebebiyle kaybedilebilir. Bu nedenle implantın çıkartılması gerekebilir. Özetle, dental implant cerrahisinin tamamen başarılı olacağı ve bütün tedavi öncesi semptom ve şikayetlerin elimine edileceğine dair size herhangi bir garantinin verilememektedir. İdeal koşullar sağlansa da başarısızlık riskini, geri dönüşü, mevcut durumundan daha kötü bir duruma gelebileceğini bilmelisiniz.

İmplant kaybı durumunda bir para iadesi olmayacaktır.

Bir kere implant yerleştirildiği zaman tüm tedavi planı takip edilecek ve programa göre bitirilecektir. Bu nedenle hekiminizin önerdiği sıklıkta kontrollere gelmeniz önemlidir. Eğer planlanan programa uyulmaz ise implant(lar) kaybedilebilir.

Hekiminiz size implantı satan kişi değildir. Başarıyı garanti etmediği gibi implantın veya parçalarının başarısızlığı durumunda da bir telafi söz konusu değildir.

Dental İmplant Tedavisinin Alternatifleri

Eksik dişlerinizin yerine yapılacak olası alternatif tedavi yöntemleri;

- Herhangi bir tedavi yapılmayabilir,
- Mevcut protez veya köprü kalabilir veya biraz geliştirebilir.
- Eksik dişlerimin yerine yeni bir protez yapılabilir.

Ancak, implant içermeyen tedavilerin de avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Önerilen tüm yöntemleri iyi değerlendirerek dental implant tedavisine başlamanız tavsiye edilmektedir.



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
DENTAL İMPLANT
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.21
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	3 / 4

Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi 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 Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi 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 Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı 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
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
DENTAL İMPLANT
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.21
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	4 / 4

HASTANIN GENEL SAĞLIK DURUMUNA AİT BİLGİLER :

(Bu bölüm hasta / ebeveyni / velisi ya da hastanın bilgi vermesinin olanaksız olduğu durumlarda hastayı tanıyan yakını tarafından doldurulacaktır.)

- 1- Allerjik bir durumunuz var mı? Hayır Evet (.....)
- 2- Yüksek / düşük Tansiyon sorunuz var mı? Hayır Evet (.....)
- 3- Kalbinizle ilgili sorunlarınız var mı? Hayır Evet (.....)
- 4- Bir ameliyat geçirdiniz mi ? Hayır Evet (.....)
- 5- Solunum ya da Akciğer sorunuz var mı? Hayır Evet (.....)
- 6- Karaciğer ile ilgili sorunuz var mı? Hayır Evet (.....)
- 7- Böbreklerin ile ilgili sorunuz var mı? Hayır Evet (.....)
- 8- Sürekli kullandığınız ilaç var mı ? Hayır Evet (.....)
- 9- Sarılık geçirdiniz mi? Hayır Evet (.....)
- 10- Sarılık geçirdiyseniz taşıyıcı mısınız ? Hayır Evet (.....)
- 11- Şu anda tedavi altında mısınız? Hayır Evet (.....)
- 12- Hamilelik durumunuz var mı ? Hayır Evet (.....)
- 13- Kanama - pıhtılaşma sorunuz var mı ? Hayır Evet (.....)
- 14- Genetik bir hastalığınız var mı ? Hayır Evet (.....)
- 15- Radyoterapi - kemoterapi gördünüz mü ? Hayır Evet (.....)
- 16- Diabet (Şeker) hastası mısınız? Hayır Evet (.....)
- 17- Diğer önemli sorunları
(.....
.....
.....
.....)