



**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HHD.RB.26
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	1 / 3

Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı kliniğinde tıbbi ve dental hikâyeniz doğrultusunda ağız, çene-yüz bölgenizde görülen her türlü hastalık için detaylı muayeneniz yapılarak, gerektiğinde radyolojik tetkikler istenmektedir. Klinik ve radyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi sonucunda kesin tanınız konularak tedavi planlamanız dosyanıza kaydedilir ve ilgili kliniklere yönlendirilirsiniz. Klinik muayeneniz sırasında sadece şikâyetinize yönelik olarak değil genel muayene işlemleri olan; diş canlılık testleri, ağız-dışı (deri, saçlı deri, el, tırnak, lenf bezleri, boyun, tükürük bezleri, çene eklemi, sinüs) ve ağız içi (ağız tabanı, damak, dil, diş, yanak) muayenesi kapsamında yüz, ağız, diş muayenesi detaylı olarak yapılmaktadır. Sizin şikâyetiniz olsun veya olmasın Hekiminiz bu muayeneler sırasında ağız içi mukozasında ve/veya yüz bölgenizde renk değişikliği, doku bütünlüğünde bozulma, yara veya şişlik saptayabilir. Bu durumda rutin kan tetkikleri, ve yardımcı diğer tanı yöntemleri (biyopsi, ultrason gibi) için yönlendirilebilirsiniz.

Ağız ve diş sağlığının genel vücut sağlığının üzerinde önemli etkiye sahiptir. Hastanın muayenesi sırasında sistemik hastalıklarının olup olmadığı ve geçirdiği rahatsızlıklar (tıbbi öyküsü) öğrenilir. Kronik sistemik hastalıklar (Diyabet, Kronik akciğer hastalığı, hipertiroidi vb.) ve kullanılan ilaçlar ağız mukozası ve dişler üzerinde bir takım değişikliklere sebep olabilmektedir (dişetlerinde büyüme, kanama, ağız yaraları, ağız kokusu ve ağız kuruluğu gibi). Ek olarak bu hastalıkların varlığı ve ilaç kullanımı da diş hekiminin uygulayacağı tedavileri etkileyebilecek olumsuz yan etkiler (ilaç etkileşimleri, kanama problemleri, vb) yaratabilmektedir. Bu bilgiler ışığında hastalar değerlendirilerek, hastaların tedavileri sırasında herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşmamaları sağlanır. Hepatit(sarılık), Tüberküloz, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüs Hastalığı(HIV) gibi bulaşıcı hastalık varlığı durumunda ise hastanın gerekli bilgileri hekimine bildirmemesi sebebi ile klinik tedavi sırasında enfeksiyon riski ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle hastaların sistemik durumları, allerji varlığı, ve bulaşıcı hastalıklar açısından hekimini bilgilendirmesi zorunludur.

Genel sağlık durumu ile ilgili olan aşağıdaki soruların hasta ve/veya yakını tarafından cevaplandırılması gerekmektedir.

Hasta yoğunluğunun yüksek olması nedeni ile muayene ve özellikle radyoloji hizmeti süresinde gecikmeler olabilmektedir. Ayrıca farklı branştaki (tıp ve diş hekimi) meslektaşlarımız tarafından konsültasyon istenmekte ve bu hastaların bir grubu yatan hasta konumunda olmaktadır. Acil ve yatan hastaların muayene ve röntgen aşamalarında öncelikleri mevcuttur. Travma, kaza, darp bulgularınız varsa, adli vaka iseniz tutanak tutmak kanunen gereklidir.



**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HHD.RB.26
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	2 / 3

Ege Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na ait Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Formundaki açıklamaları okudum, anladım ve doğabilecek tüm komplikasyonlar hakkında bilgi edindim.

- Yapılacak muayene,  röntgen çekimi (ağız içi ve/veya ağız dışı),  dental volümetrik tomografi,  
 Ultrason ile ilgili sorularımın cevaplarını aldım.

Kendim veya yakını olduğum hastam/çocuğum ile ilgili sorulan sorulara doğru bilgi verdim ve eksik bilgi bırakmadım. Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacak muayene işlemlerinin ve radyografi çekimlerinin E. Ü. Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalında görevli Asistan, Dr.Asistan, Uzm.Dr., Dr.Öğr.Üyesi, Doç.Dr., Prof.Dr. unvanına sahip hekimler, röntgen teknisyenleri veya bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ve Atatürk Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencileri tarafından yapılmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı radyografi ve video görüntülerinin alınmasına, bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum.

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 RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HHD.RB.26
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	01.10.2024
Revizyon Numarası	01
Sayfa No	3 / 3

**Hastanın genel sağlık durumuna ait bilgiler :**

(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- Sarılık geçirdiniz mi? Hayır  Evet  (.....)
- 9- Sarılık geçirdiyse taşıyıcı mısınız ? Hayır  Evet  (.....)
- 10- Sürekli kullandığınız ilaç var mı ? 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  
(.....)