



**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI**  
**HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE**  
**ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	1 / 7

Sevgili Hastamız, yapılan klinik ve röntgen incelemesi sonucu ortodontik tedaviyi gerektiren bir probleminiz olduğu görülmüştür. Bu tedavi gönüllülük esasına dayalıdır. Tedaviyi kabul edip etmemekte serbestsiniz. Kararınız öncesinde sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra veya anlamadığınız konularda bizden bilgi aldıktan sonra size önerilen tedaviyi onaylıyorsanız bu formu imzalayınız.

### **Ortodontik tedavinin faydaları;**

Ortodontik tedavi genel ağız sağlığını büyük oranda olumlu etkiler. Bunun yanı sıra dişler, yüze ait yapılar ve sağlıklı güzel bir gülümseme arasındaki uyumu sağlar. Ahenkli bir gülümseme kişinin kendine güvenini sağladığı gibi hayat kalitesini de artırır. İyi sıralanmış dişler sayesinde dişler daha kolay fırçalanır ve bu sayede diş, dişeti ve destek dokularına ilişkin hastalık riski de azalır.

Ortodontik tedavilerde başlangıçta bilinmeyen en önemli şey tedaviye karşı alınacak cevap ve hastanın işlemler sırasında hekimle işbirliği yeteneğidir.

### **Başarılı bir ortodontik tedavi için;**

1. Hastanın kendisine yapılacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Genellikle bilgilendirilmiş hastalarda uyum zorluğu yaşanmaz. Uyumlu hastalarda olumlu sonuçlar elde edilir.
2. Ortodontik Tedavi uzun süreli ve disiplin gerektiren bir tedavidir. İyi bir sonuç için hasta-hekim-aile işbirliği şarttır.
3. Hasta, hekimin öngördüğü tedaviyi sonuna kadar ve eksiksiz uygulamak zorundadır. Hastanın ve ailesinin işbirliği eksikliğinde ortaya çıkan uyum eksikliği durumunda hekim tedaviye son verme hakkına sahiptir.
4. Tedaviyi kabul etmeniz durumunda ağız içi yapılarınız, dişleriniz, çene kaslarınız ve çene eklemleriniz muayene edilecek ve bulgular kaydedilecektir.
5. Tedavi başlangıcında teşhis amaçlı olarak, tedavi süresince kontrol amaçlı olarak ve tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş ve baş röntgenlerinin çekilmesi ve diş-çene ölçülerinin alınması gerekmektedir. Tedavi değişikliklerini daha net izleyebilmek için ağız içinden ve ağız dışından fotoğrafların çekilmesi gerekmektedir. Bazı ortodontik anomalilerin teşhis ve tedavisinde, eklem rahatsızlıklarında ileri tetkiklerin (Magnetik Rezonans Görüntüleme-MRI, Kompüterize Tomografi-CT, diğer diş hekimliği veya tıp anabilim dallarından konsültasyon) istenmesi de gerekebilir.
6. Bu kayıtlardan gerekli olanlar tedavi süresince belirli aralıklarla alınmaktadır. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek doğru tanı konulmasında ve tedavinin sağlıklı bir biçimde yürütülmesi için gerekli olabilmektedir. Bu kayıtlar, kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki yayınlarda ve ortodonti anabilim dalımızdaki sunumlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.
7. Hastanın genel sağlık durumu ile ilgili olmak üzere herhangi bir sistemik hastalığın mevcudiyeti (kan hastalıkları, kemik hastalıkları, hormonal bozukluklar, alerjik hastalıklar vb. ortodontik tedaviyi etkileyebilir. Bu ve benzeri hastalıkları ve tedavi sırasında hastanın sağlık durumu ile ilgili değişiklikleri bize bildirmeniz gerekmektedir.
8. Diş, çene ve yüz yapılarındaki bozuklukları biyolojik sınırlar içerisinde düzeltebilmek için ortodontik apareyleri 6 ay – 4 yıl boyunca kullanmanız gerekebilir. Uygulanan tedavinin şekline göre belirli aralıklarla kontrol randevularına düzenli olarak gelmeniz gerekmektedir.

### **ORTODONTİK TEDAVİDE UYGULANAN TEDAVİ VE İŞLEMLER:**

Bu tedavi sırasında problemlerin giderilmesi için belirli sürelerde çeşitli apareyler kullanılması gerekmektedir. Bunlar **HAREKETLİ AĞIZ İÇİ APAREYLER / SABİT AĞIZ İÇİ APAREYLER** olarak isimlendirilir. Bu apareylerin bir tanesi veya hepsi ayrı zamanlarda veya gerektiğinde aynı anda kullanılabilir.



EGE ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI  
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE  
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	2 / 7

### HAREKETLİ AĞIZ İÇİ APAREYLER HAKKINDA GENEL BİLGİLER:

- 1. Apareyin Kullanımı:** Hareketli apareyinizin tipine bağlı olarak uygun kullanım şekli size açıklanacaktır.
- 2. Ağrı, basınç hissi:** Hareketli apareyler dişlerinize yerleştirildiğinde ilk 1-2 gün ağrı olabilir ve günlük fonksiyonlarınızı etkileyebilir. Ayrıca randevularda tellerin aktivasyonu sonucu dişlerinizde hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Vidalı bir aparey söz konusu ise vidanın her çevrilmesi sonucu dişlerinizde oluşacak basınç hissi normaldir ve 1-2 gün içinde azalıp kaybolacaktır. Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda bize telefonla başvurunuz.
- 3. Apareyin takıldığı ilk gün** konuşmanızda hafif bir bozukluk oluşabilir. Bu durum en fazla 1 hafta süren geçici bir dönemdir. Bu zaman diliminde sesli olarak bir şey okunması ve bol bol konuşulması bu süreci kısaltacaktır. Apareyin takıldığı ilk birkaç gün tükürük salgınızdaki artma ve dışarı tükürme isteği normaldir. Apareyinizi kullanmaya devam ediniz.
- 4. Tedavi boyunca ağız temizliğine** dikkat edilmelidir. Dişler düzenli bir şekilde fırçalanmazsa dişlerde renk değişiklikleri, izler ve çürükler oluşabilmektedir.
- 5. Apareyinizin temizliği** dişetlerinizin ve yumuşak dokularınızın (dişeti, damak, dudak) sağlığı açısından önemlidir. Uygun temizlik yapılmadığında yumuşak doku irritasyonları ve çeşitli enfeksiyonlar gözlenebilir. Bu nedenle her yemekten sonra dişlerinizle birlikte apareyinizi hekiminizin önerdiği şekilde fırçalamanız gerekir. Bununla birlikte bu apareyleri kullanırken bazen ağız içinde yaralar oluşabilir. Böyle bir durumla karşılaşırsanız bize başvurmanız halinde bu yaralara neden olan kısımlar düzeltilir.
- 6. Uygulanan hareketli apareyler "akril" denen kimyasal maddeden yapılmaktadır.** Çok nadir de olsa bu maddeye karşı alerji gelişebilir. Bu durumda hemen bize başvurunuz.
- 7. Hareketli aparey kullanımı sırasında, apareyiniz ağızınızdayken erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, apareyin kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Tedaviniz boyunca apareyiniz ağızınızdayken bu gibi gıdalardan uzak durmanız tedavinizin seyri bakımından çok önemlidir.** Bu konuda bize yardımcı olacağınızı düşünüyor ve teşekkür ediyoruz.
- 8. Hareketli apareylerle tedavi sonrasında** gerekli olan durumlarda farklı tedavilere geçilip geçilmeyeceği konusunda size bilgi verilecektir.
- 9. Apareyin kırılması, kaybolması durumunda** yeni bir aparey için belirli bir laboratuvar ücreti ödemeniz gerekebilir. Bunun dışında, tedaviniz süresince uygun gördüğümüz durumlarda apareyinizin yenilenmesi gerekebilmektedir.
- 10. Hasta uyumu:** Tedavinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinden hasta doğrudan sorumludur. Bizimle işbirliği içinde olmanız ve sizden isteneni yapmanız tedavinizi kolaylaştıracak ve kısaltacaktır. Bu konuda hekiminize yardımcı olmazsanız, tedavinizin ilerlememesinden ve herhangi bir gelişme kaydedilememesinden hekiminizin sorumlu olmaması doğaldır. Tedavini başarısı, size verilen apareylerin gerektiği şekilde kullanılmasına bağlıdır.

### SABİT ORTODONTİK TEDAVİLER HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Tedaviye başlamadan önce diş hekiminiz tüm dişlerinizi muayene etmeli, varsa çürük dişler tedavi edilmeli, gereken dişlere kanal tedavisi ve gerekiyorsa diş taşı temizliğiniz yapılmalıdır. Ortodontik tedaviniz aktif ve pasif olmak üzere iki dönemden oluşur ve ortodontik probleminizin şiddetine ve bünyenizin tedaviye vereceği cevaba bağlı olarak ..... yıl sürebilir. Bu süre boyunca karşılaşılabilecek bazı sorunlar aşağıda sıralanmıştır. Bu sorunların üstesinden gelebilmek için tedavi kurallarına uyulması, randevulara düzenli olarak gelinmesi ve hekiminizle işbirliği içinde olunması önemlidir.

Tedavi amacıyla dişlerin üzerine tutucu parçalar (braket) yapıştırılıp bunların içinden teller geçirilecektir. Gerekli olduğunda çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidalar; çeneyi genişleten vidalı aygıtlar; metal yaylar, lastik zincirler vb. kullanılabilir. Kimi zaman da hasta tarafından takıp çıkarılması gereken ağız dışı aygıtların (enselik/yüz maskesi gibi aygıtlar) veya ağız içi/dışı lastik halkaların kullanılması gerekebilir. Tedaviniz sırasında uygun görüldüğünde başka aygıtları da üst ve/veya alt çenenize ya da ağız dışına yerleştirilebilir. Bunların kullanımları ile ilgili talimatlara aynen uyulması gerekmektedir.



EGE ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI  
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE  
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	3 / 7

**Çekimli ortodontik tedavi:** Hastanın üst/alt çenesinde dişlerinin düzgünce sıralanabilmesi için yeterli yer bulunmadığı takdirde, ağızdaki mevcut problemin giderilmesi için **çekimli ortodontik tedavi** yapılması gerekmektedir. Çekimli ortodontik tedavi hekiminizin tıbbi açıdan uygun gördüğü **dişlerin çekilmesi ile** yapılan bir tedavidir. Diş çekimi ile elde edilen boşluklardan yer darlığının giderilmesi ve/veya dişlerin kapanışının düzeltilmesi için faydalanılacak ve bu boşluklar tedavi sonunda diş dizisinin dışında duran dişlerin yerlerine alınması ile doldurulacaktır.

**Cerrahi tedavi:** 20 yaş dişlerinin, ortodontik amaçlı dişlerin çekimi, yumuşak doku anomalilerin tedavisi, gömük dişlerin üzerlerinin açılması gibi durumlarda ağız, diş ve çene cerrahları ile işbirliğine gidilir. Çenesel anomalilerde ise karşılaşılan vaka çok ağırsa sadece ortodontik tedavi yeterli olmaz. Çene kemiklerini ilgilendiren defektler, sendromlar, anomali ve malformasyon gruplarında plastik cerrahlarla birlikte çalışma ve planlama gerekebilir.

**Dudak-damak yarığı:** Dudak damak yarığı olan bebeklere beslenme plağı ya da erken ortopedik girişimler uygulanabilmektedir. Bu amaçlarla bebeklerden ölçü almak gerekir. Bu işlemler sırasında bebeğin ebeveynleri doktora yardımcı olur. Bebek doğru tutulmadığı ya da fazla ölçü konduğu takdirde bu maddenin yutulması, aspire edilmesi tehlikesi vardır. Yine bebeklere uygulanan apareyler temiz bir ip ile bebeğin yakasına bağlanmalıdır. Uyku sırasında bu apareyler de yutulabilir.

Ortodontik tedavi sırasında hastalar bazı olumsuzluklar yaşayabilir. Bu sıkıntıları yaşamamak ve/veya kolayca atlatabilmek için size açıklanan kurallara mutlaka uyulmalıdır.

**ORTODONTİK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN UYMASI GEREKEN KURALLAR  
VE YAŞANABİLECEK SORUNLAR**

- Ağrı:** Dişlerinize yapıştırılan metal veya seramik braketler ile uygulanan kuvvetler ilk 1 hafta kadar dişlerde sızı ve ağrı yaratabilmekte ve bazen günlük fonksiyonlarınızı etkileyebilmektedir. Ayrıca bazı randevularda tellerin aktivasyonu sonucu 1-2 gün dişlerinizde hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda bize telefonla başvurunuz.
- Ağız bakımı:** Ortodontik tedavide ağız bakımı çok önemlidir. Dişlerinizin üzerine yapıştırılan braketler gıda tutulumunu arttırmakta ve bunun neticesinde dişlerinizin üzerinde daha kolay bir şekilde eklenti ve yiyecek birikmektedir. **Tedavi boyunca ağız temizliğine dikkat edilmez; dişler düzenli bir şekilde fırçalanmazsa** dişlerde renk değişiklikleri, beyaz ve kahverengi lekeler ve çürükler oluşabilmektedir. Ayrıca dişetlerinde büyüme kanama ve iltihapla kendini gösteren ve kemik kaybına varabilen dişeti problemleri oluşabilmektedir. Bunlara ek olarak ağız kokusu şikayetiyle karşılaşabilirsiniz. Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır. **Ortodontik tedavi boyunca dişlerinin temizliğinden ve hijyen eksikliğine bağlı olarak gelişebilecek problemlerden hastanın kendisi sorumludur.**

**YETERİNCE AĞIZ BAKIMI SAĞLAMAYAN HASTALAR 2 DEFA UYARILACAK ANCAK 3.DEFA BU SORUNLARLA KLİNİĞİMİZE GELEN HASTALARIN TEDAVİSİNE HİÇBİR MAZERET KABUL ETMEDEN SON VERİLECEKTİR.**

- Sakınılması gereken gıda maddeleri:** Sabit tedavi boyunca sizden birtakım gıdalardan uzak durmanızı isteyeceğiz. **Asitli ve gazlı içecekler dişlerin çürümesini kolaylaştırmakta ve renk değişikliğine neden olmaktadır. Ayrıca dişlere yapıştırılan parçaların kopmasına neden olabilmektedir. Erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, apareyin kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır.** Tedaviniz boyunca bu gibi gıdalardan uzak durmanız tedavinizin seyri bakımından çok önemlidir. Bu konuda bize yardımcı olacağınızı düşünüyor ve teşekkür ediyoruz.

**BRAKETLERİN ÇOK SIK KOPARILMASI TEDAVİNİN AKSAMASINA YOL AÇARAK, TEDAVİNİN SÜRESİNİ BİR HAYLİ UZATACAĞINDAN BU HASTALAR 2 DEFA UYARILACAK, ANCAK 3.DEFA UYARILARI DİNLEMİYEREK BRAKETLERİNİ KOPARAN HASTALAR TEDAVİ DİŞİ BIRAKILACAKTIR.**



EGE ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI  
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE  
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	4 / 7

4. Ortodontik tedavi sırasında bazı hastalarda tedaviyle **diş köklerinde kısılma** oluşabilir. Bu durum genetik, bireysel ve çevresel birçok sebepten etkilenebildiğinden bazı hastalarda ciddi problemler oluşturabilir Eğer ciddi bir kısılma söz konusu ise tedavi tarafımızdan sonlandırılabilir.
5. Bazı hassas bünyelerde kızarıklık, döküntü, şişlik gibi **alerjik reaksiyonlar** görülebilir. Böyle bir durumla karşılaştığınızda en kısa sürede bize ulaşmanız gerekmektedir.
6. **Çene eklemi problemleri:** Nadiren çene ekleminde ağrı, ses, baş ağrıları ya da kulak ağrıları gibi problemler görülebilir. Ancak tüm bu nedenler ortodontik tedavi görmeyen hastalarda da sıklıkla izlenmektedir. Yine de tedavi sırasında çene eklemi bölgesine ilişkin ağrı, baş ağrısı ya da fonksiyon dışı herhangi bir bulgu derhal doktora bildirilmelidir.
7. **Dişlerde canlılık kaybı:** Dişler, önceki bir yaralanma ya da dişlerdeki geniş restorasyonlar nedeni ile canlılığını yitirebilir. Ortodontik diş hareketi bu durumu daha kötüye götürebilir ve nadiren dişlerde kanal tedavisi gerektirebilir.
8. **Apareylerin kırılması-yutulması:** Kazara ağız içinde kullanılan apareyler çiğnenebilir, kopar ve hatta bazen apareylerin parçaları yutulabilir. Eksik bir parça olduğu anlaşılırsa doktora başvurulmalıdır.
9. **Ağız içi yaralanmalar-çizikler:** Ortodontik apareylerin bölümleri dudak-yanak gibi yumuşak dokuları fonksiyon ya da dinlenme konumunda rahatsız edebilir. Yumuşak dokuların adaptasyonu çabuk gelişir ancak bazen bu sürenin daha konforlu geçmesi için doktorlar hastalarına apareylerin üzerini koruyucu mumla örtmesini önerir. Bazen de dental aletlerle çalışırken yanlışlıkla diş ya da yumuşak doku yaralanmaları diğer tüm dallarda olduğu gibi gelişebilmektedir. Ancak bunun olmaması için doktorlarımız tarafından maksimum çaba sarf edilmektedir.
10. **Ağız-dışı aparey yaralanmaları:** Bazı koşullarda diş ya da çenelere kuvvet iletimi için ağız dışından destek alan apareyler kullanılmaktadır. Bu apareyler dikkatsiz kullanıldığında yüzde ve gözde çok ciddi yaralanmalara sebep olmaktadır. Bu nedenle bu apareylerin spor gibi aktivitelerde kullanılmaması önerilir. Yine bu apareyler destek aldıkları bölümlerde hafif kızarıklık, kaşıntı ya da saçların seyrelmesi gibi yan tesirler yapabilir. Doktor kontrolünde ilerleyen ve bilinçli biçimde apareyini kullanan hastalarda bu tür etkiler çoğunlukla hiç oluşmaz ya da çok önemsiz miktarlarda gelişir.
11. **Hastalardaki elverişsiz büyüme modeli:** Bazen büyüme modelindeki eksiklikler ya da bir dişin atipik gelişimi tedavi olanaklarını sınırlar ve hedeflenen sonucu etkiler. Eğer tedavi sırasında ya da sonrasında uyumsuz bir büyüme-gelişme modeli ile karşılaşılır ya da bir diş vaktinden geç gelişirse kapanış değişebilir. Bu nedenle yeniden tedavi ya da cerrahi destek gerekebilir. Büyüme düzensizlikleri ve anormal diş gelişimleri ortodontistin kontrolünde olmayan biyolojik süreçlerdir ve tedavi sonrası büyümedeki bir değişim tedavi kalitesini direkt etkiler.
12. **Tedavi zamanında uzama:** Hasta uyumsuzluğu, aşırı ya da zayıf kemik gelişimi, randevuları kaçırma, apareylerin kırılması, kopması, kötü ağız hijyeni tedavi süresini uzatıp, tedavi kalitesini azaltır.
13. **Kötü ağız hijyenine sahip hastalar, randevularına periyodik olarak gelmeyen hastalar ve 6 ay süre ile randevusuna gelmeyen hastalar tedaviden çıkarılacaktır.**

## PEKİŞTİRME TEDAVİSİ

Her ortodontik tedavinin sonunda, dişlerde hareket etme ve tedavinin başındaki ilk konumuna geri dönme eğilimi söz konusudur. Bu nedenle aktif ortodontik tedavi biter bitmez pasif bir ortodontik tedavi olan "**Pekiştirme Tedavisi**" ne başlanmalıdır. Bu tedavide hekimin hasta için uygun gördüğü sabit ve/veya hareketli bir pekiştirme apareyi kullanılır. Eğer hareketli pekiştirme apareyi yapılmışsa, bu apareyin aktif ortodontik tedavi süresinin en az yarısı kadar gündüz ve gece tam gün kullanılması, daha sonra da en az bu süre kadar geceleri kullanılması gerekmektedir. Ancak bitmiş olan ortodontik tedavinin kalıcılığının sağlanması için pekiştirme apareylerinin ömür boyu kullanılması önerilmektedir. Pekiştirme apareylerinin talimatlara uygun olarak kullanılması ve hekimin uygun gördüğü şekilde kontrollere düzenli olarak gelmesi tedavi sonucunun kalıcılığı açısından çok önemlidir.

**Pekiştirme tedavisinde uygulanan apareylerin kullanılmaması ve/veya kontrollere gelmemesi durumunda dişlerde hareket etme ve tedavinin başındaki ilk konumuna geri dönme eğilimi söz konusu olursa ikinci ortodontik tedavi devlet tarafından ödenmemektedir. Hasta bu ortodontik tedavinin ücretini kendi imkanları ile ödemek durumundadır.**



**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI**  
**HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE**  
**ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	5 / 7

**HASTANIN BEYANI**

Tüm ağzımın (dişlerimin ve dişetlerimin) ayrıntılı klinik ve radyografik muayenesi Dr. .... tarafından yapıldı. Ağız içerisinde ve dişlerimdeki problemlerimin ne olduğu tedavisinin neden gerektiği, ortodontik tedavi sırasında ve sonrasında olabilecek değişiklikler ve karşılaşılabileceğim olası problemler Dr. .... tarafından bana anlatıldı. İster doğrudan ister dolaylı olsun tedavi uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Tedavi sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; çalışma saatleri içerisinde doktorumu 0232 3112868 numaralı telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Yapılacak girişimler ve ortodontik tedavi ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim her şeyle ilgili soru sormam için fırsat verildi ve bu konuda tatmin edici yanıtlar aldım. Uygulanacak işlemlerin ve ortodontik tedavinin ağız, diş sağlığı ve görünümümün daha iyi olması amacıyla yapıldığını ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini, her hasta için ayrı bir "en iyi sonuç" olduğunu kabul ediyorum. Bu tedaviye katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Tedavi olmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda ortodontik tedavi görmeye karar verdim. Aşağıda ve önceki sayfalarda bulunan imzalarım/ız bu sayfalarda bulunan tüm bilgileri okuduğum/uzu ve anladığımı/ızı onaylamaktadır ve bu sayfalarda bulunan bütün boşluklar imzalarım/ızdan önce doldurulmuştur.

**AÇIKLAMA**

Sevgili hastamız, ortodontik açıdan tıbbi durumunuzu, uygulanacak tedaviyi ve tedavinin olası risklerini öğrendikten sonra önerilen tıbbi işlemi kabul etme ya da etmeme hakkına sahipsiniz. Aşağıdaki seçeneklerden kendiniz uygun olanı işaretleyiniz.

Tedaviyi kabul etmiş olsanız bile ilerleyen dönemlerde, tıbbi yönden sakınca bulunmaması koşuluyla, tedaviden vazgeçme hakkına sahipsiniz.

**BU BELGEDE ANLATILAN TEDAVİNİN UYGULANMASINI**

**KABUL EDİYORUM**       **KABUL ETMİYORUM**

**(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)**

Hastanın ..... Hastanın Ebeveyn/Velisi/Vekilinin/Vasisinin

Adı – Soyadı: ..... Adı – Soyadı : .....

Protokol No: ..... Yakınlığı: .....

Tarih : ...../...../..... Tarih : ...../...../.....

Saat: ..... Saat: .....

İmzası..... İmzası : .....



EGE ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI  
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE  
ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	6 / 7

**TEDAVİNİN YAPILMASI İÇİN VERDİĞİM RIZAYI, BU KARARIMDAN DOLAYI SAĞLIĞIMI OLUMSUZ ETKİLEYECEK RİSKLERİN FARKINDA OLARAK, KENDİ İSTEĞİMLE GERİ ÇEKİYORUM.**

Hastanın

Hastanın Ebeveyn/Velisi/Vekilinin/Vasisinin

Adı – Soyadı: .....

Adı – Soyadı : .....

Protokol No: .....

Yakınlığı: .....

Tarih : ...../...../.....

Tarih : ...../...../.....

Saat: .....

Saat: .....

İmzası.....

İmzası : .....

**Katılımcı ile Görüşen Doktorun:**

Adı Soyadı : .....

Adresi/Tel: .....

İmza :



**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**ORTODONTİ DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI**  
**HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE**  
**ONAM FORMU**

Doküman Kodu	HHD.RB.02
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	7 / 7

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti 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 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.

Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti 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 Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti 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.)