

DİŞ HEKİMİNE BİLGİLENDİRME

Deęerli MeslektaŐım,

Hastaya yapılacak her tŸrlŸ mŸdahale için hastanın aydınlatılmıŐ onamının alınmıŐ olması zorunludur.

Bu onam, ağız ve diş sağlığı için yapılabilecek tıbbi işlemler ile bunların beklenen etkilerine iliŐkin olarak hastanın anlayıp değerlendirebileceği açıklıkta bilgi verildikten sonra hastanın kararının açıklanması Őeklinde ortaya çıkar.

BŸyŸk cerrahi iŐlemlere iliŐkin olarak hastadan alınacak aydınlatılmıŐ onamın yazılı olması Őarttır. Diğer işlemlerde aydınlatılmıŐ onamın yazılı olması Őart değilse de yazılı olmasında gerektiğinde ispat edilebilmesi bakımından yarar vardır.

Ekte sunulan aydınlatılmıŐ onam Őrneęi bŸtŸnŸyle Őrnek olması için hazırlanmıŐtır. Hastaya gerekli bilgilerin tarafınızdan verilmesinden sonra, bu Őrnekten yararlanılarak aydınlatılmıŐ onam belęesi hazırlanabilir. Tıbbi tedavinin Őzellikli olması ve/veya hastanın kişisel durumu sebebiyle ek risklerin olması halinde bu durumun hasta ile paylaŐılması ve onam formunda ayrıca belirtilmesi gereklidir.

Son olarak vurgulamak gerekir ki, aydınlatma yapılmadan hastanın imzasının alınması gerçek bir onam olarak kabul edilmeyebilir. Onam, tedavi seçenekleri, yapılacak iŐler ve olası riskleri konusunda hastanın anlayabileceği açıklıkta bilimsel bilginin anlatılması ve rızanın bunun Ÿzerine verilmesi halinde geçerlidir.

Saygılarımızla.

GENEL BİLGİLENDİRME

Sayın

Ağız dış sağlığı sorununuzun giderilebilmesi için size önerilen tıbbi işlem ve bu işlemle ilgili sözlü anlatılan ve Yetişkin Hasta Bilgilendirme Broşürü/ Çocuk Hasta Bilgilendirme Broşürü'nde tarafınızdan okunarak bilgi edinilen hususların bir kısmı aşağıda yazılı olarak sunulmuştur.

Size verilen bilgileri okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı ağız dış sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığımız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır.

Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

GENEL ONAM FORMU

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi

Diş Hekimitarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.

Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavimin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.

Tedavim/ vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı,anladım ve kabul ettim.

Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

Yukarıda belirtildiği gibi tedavi planlaması sırasında bana/vasisi olduğum kişiye anlatılan ve benim tarafımdan kabul edilen diş tedavilerini onayladım ve kabul ettim.

Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Tedaviyi kabul ettikten sonra bana/vasisi olduğum kişiye ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin veriyorum. Kişisel verilerimin Kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin (El yazınız ile “veriyorum” ya da “vermiyorum” yazınız.)

..... El yazınız ile “okuduğumu anladım, kabul ediyorum” yazınız.

Tarih:.....

Hasta Adı-Soyadı:.....

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

T.C. Kimlik No'su :

Adresi :

Telefon :

İmza :

Hekimin Adı-Soyadı :

Tarih :

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.)

TEDAVİ PLANINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

..... tarihinde yapılan tedavi planında aşağıda belirtilmiş olan değişiklikler yapılmıştır.

DİŞ	TEŞHİS	PLANLANAN TEDAVİ

Diş hekimim tedavi değişikliğinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olayları açıkladı.

Yukarıda belirtilmiş olan tedavi planındaki değişikliği kabul(El yazınız ile “ediyorum” ya da “etmiyorum” yazınız.)

Adı-Soyadı

İmza

Tarih/Saat

Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi (*) – yakınlık derecesi			
Bilgilendirmeyi yapan Hekim			
Tercüman (kullanılması halinde)			

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