

Dental (Diş Tedavisi) Aydınlatılmış Onam Formu

Diş hekimleri ve poliklinikler için tedavi öncesi yasal bilgilendirme ve hasta rıza belgesi.

Formun Amacı

Diş hekimliği uygulamalarında yapılacak invaziv veya protetik işlemler öncesinde olası komplikasyonların, anestezi risklerinin ve alternatif tedavi yollarının hastaya aktarıldığını ispatlamak amacıyla kullanılır.

Yasal Dayanak

Hasta Hakları Yönetmeliği md. 24-26, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve Tüketici/Hizmet Sözleşmeleri hükümleri.

Kişi Bilgileri ve Beyanlar

Hasta Adı Soyadı *

T.C. Kimlik No *

Doğum Tarihi *

Telefon Numarası *

Uygulanacak Tedavi *

[] Diş Çekimi [] Dolgu / Restorasyon [] İmplant Cerrahisi [] Kanal Tedavisi [] Diş Taşı Temizliği [] Ortodonti

Bilinen Alerjileriniz

Düzenli Kullandığınız İlaçlar

Hasta Genel Sağlık ve Anamnez Bildirimi

Hastanın sistemik rahatsızlıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulanır.

- Kalp ve damar rahatsızlığı, tansiyon, ritim bozukluğu durumu
- Şeker hastalığı (Diyabet) ve pıhtılaşma bozuklukları
- Alerji öyküsü (özellikle lokal anestezikler, penisilin, lateks)
- Düzenli kullanılan kan sulandırıcı veya kemoterapi ilaçları
- Hamilelik veya emzirme durumu (kadın hastalar için)

Uygulanacak Tedavi ve Alternatifler

Hekimin yapacağı müdahalenin niteliği.

- Diş çekimi, cerrahi gömülü diş operasyonu veya kök rezeksiyonu
- Kanal tedavisi, kompozit dolgu veya inley/onley restorasyonlar
- Dental implant uygulaması, kemik grefti veya sinüs lifting
- Mevcut durumun tedavi edilmemesi halinde doğabilecek komplikasyonlar

Olası Riskler ve İşlem Sonrası Dikkat Edilecekler

- Lokal anesteziye bağlı geçici uyuşukluk veya nadiren sinir duyarlılığı
- Çekim sonrası kanama, ağrı, şişlik (ödem) ve trismus (ağız açmada kısıtlılık)
- İşlem sonrası 24 saat sigara, alkol ve sıcak gıda tüketilmeme kuralı

Hasta Onayı ve İmza Şerhi

- Hastanın 'Tedaviyi, olası riskleri ve alternatifleri anladım, kabul ediyorum' beyanı
- Tarih, saat, hasta/vasi el yazısı ve imzası
- İşlemi anlatan hekim kaşesi ve imzası

Onay Beyanı

Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım; sorularıma yanıt aldım. Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, belirtilen hizmetin tarafıma uygulanmasını özgür irademle kabul ederim.

Ad Soyad / İmza

Tarih: / /

Uygulayıcı Ad Soyad / İmza

Tarih: / /