**Sayın Hasta ve/veya Hasta Yakınımız;**

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

**Bilgilendirme:**

Hastalarımızın mevcut sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçları ve genel sağlık durumlarıyla ilgili olarak hekimlerini bilgilendirmeleri gerekmektedir. HERHANGİ BİR KONUYU SAKLAMIŞ OLMANIZ VEYA BEYAN ETMEMENİZDEN KAYNAKLANACAK SORUMLULUK SİZE AİTTİR.

**Radyograf Çekimİ;**

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf (Diş Filmi) çekilmesi gerekebilir.

**Çekilen Radyograflar:**

-Gözle yapılan muayenede fark edilmeyen çürük alanlarının (örneğin dişler arasındaki çürüklerin) ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve ya da diğer zararların görülmesini sağlar.

-Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir.

-Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar.

-İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir.

-Kemik yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır.

-Yapılan tedavilerin kontrolünde görünebilirlik sağlar.

-Çocukların ağzındaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

Fakültemize ilk defa gelen hastalarımızın ağız-diş-çevre dokularının genel değerlendirilmesi için panaromik, radyograf ve bite-wing tüm hastalarımıza çekilmektedir. Gerekli gördüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal (ağız içi) filmler alınabilir.

**Hamilelerde Radyografi (Diş Filmi) Alınması**

Diş hekimliği radyografisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesinde yönlendirilmektedir. Tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi **çok daha düşük düzeydedir**. Tüm bu bilgilerin ışığında hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroid koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek annenin ve bebeğinin en yüksek seviyede x- ışınlarından korunması sağlanarak film alınma işlemi gerçekleştirilir.

**Dental Volümetrik Tomografi**

Kliniğimizde radyolojik olarak iki boyutlu görüntülemenin yetersiz kaldığı durumlarda baş-boyun bölgesinin 3 boyutlu görüntülenmesinin sağlanabildiği DVT cihazı kullanılmaktadır. Yüksek dozlarda x-ışınının vücutta zararlı etkiler oluşturabileceği bilinmektedir. Ancak, kliniğimizdeki DVT cihazı, tıpta kullanılan bilgisayarlı tomografi cihazlarıyla kıyaslandığında % 95’e varan oranda daha düşük radyasyon dozu ile görüntüleme gerçekleştirmektedir. Nitekim, DVT uygulaması ile alının doz, bir tomografi uygulaması için düşük ve kabul edilebilir seviyededir.

**DVT’nin diğer iki boyutlu görüntüleme yöntemlerine göre bazı avantajları vardır:**

-Teşhis ve tedavi planının doğru yapılmasında faydalı bilgiler sunar.

-Kist ve tümör gibi lezyonların ayırıcı tanısına yardımcı olarak daha iyi değerlendirme imkanı sunar.

-Alt ve üst çenedeki anatomik yapıların 3 boyutlu incelenmesine olanak sağlar.

-Tedavinin takibinde uygulanabilecek DVT işlemi, tedavinin seyrini ve başarısını olumlu yönde etkiler.

**Onay**

Yapılacak her türlü tıbbi görüntüleme işlemine,

Herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekimime bildireceğimi ve hekimimin bu konuda yapacağı konsültasyon işlemlerini kabul ediyorum.

Hamile isem, doktorlara ve röntgen teknisyenlerine hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum.

Radyograf alınmasını kabul etmeme hakkımın olduğunu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.

Aşağıdaki boş alanı kendi el yazınızla **‘Bana verilen bu evrakı okudum, anladım ve tedaviyi kabul ediyorum’** şeklinde doldurunuz.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Hastanın yada hastanın yasal temsilcisinin; Tedavi uygulayan hekimin;**

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

TC Kimlik No : İmzası :

Doğum Tarihi :

Tarih/Saat :

İmzası :

*NOT: Onam formu iki nüsha olarak hazırlanır, bir nüshası hastaya veya kanuni temsilcisine verilir, diğer nüsha ise sağlık kurumu tarafından arşivlenir.*