**Sayın hasta ve/veya hasta yakınımız;**

Bu form diş tedaviniz sürecindeki olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmıştır. Formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Bölümlerde yer alan açıklamalarla ilgili hekiminize soru sorabilirsiniz. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Protetik diş tedavisi kliniğinde hareketli protez tedavi işlemleri öğretim üyeleri gözetiminde araştırma görevlisi ya da stajyer hekimler tarafından yapılmaktadır.

Alt veya üst çenenin dişlerinin bir kısmının kaybedilmesi sonucu, birçok nedenle sabit protez yapılamayan hastalara; dişlerden ve yumuşak dokulardan destek alınarak yapılan protez tipi hastanın takıp çıkarabildiği hareketli protezdir. Bu tarz protezlerde kayıp bölgenin rehabilitasyonu için pembe dokuyu taklit eden materyaller ve fonksiyonu sağlayabilmek için yapay dişler kullanılır. Hareketli bölümlü protezler tutuculuklarını dişlere yerleştirilen metal kroşelerden (kanca) ya da hassas tutuculardan (çıtçıt) elde ederler. Bu kroşeler (kanca) ağzın ön bölgelerinde dışarıdan görülerek ve estetik sorunlara yol açabilirler. Hassas tutucular (çıtçıtlar) dışarıdan görülmezler ancak uygulanabilmesi için diş ve ağız yapınızın uygun olması ve bir kısım dişlerinizin kesilerek kaplanması gerekmektedir. Bununla birlikte yapımı ve tamiri daha maliyetlidir. Her iki protez için de ölçü veya laboratuvar işlemlerindeki problemlerden dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir. Hekiminiz gerekli gördüğünde laboratuvara eksikliklerin düzeltilmesi için protezi geri göndererek size tekrar randevu verebilir. Protezin yapılma süresi uzayabilir.

Bu tarz protezlerde teslim sonrası bazı sorunlar yaşanabilmektedir; vuruk, protezin metal parçalarında kopma, akrilik bölümlerinde kırılma, yapay dişlerin düşmesi, kırılması, doğal dişlerde ağrı, hassasiyet, hareketliliğinde artma, çürüme, kemik kaybı, kırılma veya aşınmalar görülebilir. Kroşeleri (kancalar) ve hassas tutucuların (çıtçıt) yerleştirildiği destek dişlerde meydana gelen sorunlar sonucu ilave tedaviler veya çekim gerekebilir. Özellikle ilk defa hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda protezlerin oynadığını hissetme ve konuşmada zorlanma daha sık görülebilir. Protezlerinizde hekiminizden başka birine yaptırdığınız düzenlemeler sizin sorumluluğunuzdadır. Protez takıldıktan bir gün sonra hekiminizin ayarladığı kontrol randevusuna mutlaka geliniz, bu sayede vuruk olan bölgeler hekim tarafından düzeltilebilecektir. Yemek yerken gıdaların doğal dişlerle olduğu gibi çiğnenememesi, protezin altına yemek artıklarının kaçması, protezlerle doğal dişler arasına yemek artıklarının sıkışması, konuşmanızda değişiklikler görülebilir. Tükürük salgısında geçici bir artış görülebilir. Yeni proteze alışmak 1-2 ay zaman alabilir. Kullanıma ve zamana bağlı olarak protezin tutuculuğu azalabilir. Özellikle alt protezler dil nedeniyle ve kemiğin yeterince tutuculuğa sahip olmaması nedeni ile daha hareketlidir. Zaman içerisinde dil yardımı ile protezi yerinde tutmaya alışabilirsiniz. Protezde kullanılan materyallere karşı bazı hastalarda alerjik belirtiler görülebilir. Protez tesliminden sonrası meydana gelen sorunlarla ilgili olarak protez tesliminden itibaren kabul edilebilir bir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır. Meydana gelen sorunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraf hasta tarafından karşılanır.

*Yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum, anladım. Hareketli protez tedavi işlemi ile ilgili olarak merak ettiğim tüm soruları sordum ve hekimim……………………………………………………………………tarafından bilgilendirildim. Hareketli protezin yapılması sırasında ve sonrasında meydana gelmesi muhtemel zararları protezin yenilenmesi gerekebileceğini biliyorum. Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak kabul ediyor ve üstleniyorum.*

*Verilen bu bilgiler ışığında size planlanan tedavilerin uygulanmasını****. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla OKUDUM, ANLADIM TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız.)*** *kabul ediyorsanız el yazınızla* ***“OKUDUM, ANLADIM, TEDAVİ OLMAYI KABUL EDİYORUM.” “BİR NÜSHASINI TESLİM ALDIM****” ve ADINIZI SOYADINIZI yazarak imzalayın.*

***Okudum, Anladım, Tedavi olmayı****……………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

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

**Tarih:**

Hastanın ya da 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.*