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

 Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Formda ayrıca tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza

bağlıdır.

Frenumlar normal bağlanması gereken yere göre dişe daha yakın yerden bağlanırsa dişler arasında boşluk oluşumuna ve dişeti çekilmesine sebep olurlar. Ayrıca dişlerin fırçalanmasını da güçleştirir ve bakteri plağı birikimine sebep olurlar. Frenektomi işleminde bu kas bağlantısı kesilerek uzaklaştırılır. Bu operasyonda, lokal anestezi yapıldıktan sonra diş eti kesilip çıkarılır ve dudağın iç kısmı dikilir. Daha sonra periodontal pat ile kapatılır. Pat ve dikişler 10 gün alınır. Hekim önerisine göre ameliyattan sonra ağrı kesici ve gargara reçete edilebilir.

**Tedaviden Beklenenler:** Diş etrafında doğal ve düzgün bir diş eti dokusu oluşturmak, ortodontik tedaviyi kolaylaştırmak, periodontal hastalıkları önlemek-gidermek, diş fırçalamayı kolaylaştırmak amacıyla yapılabilir.

**Önerilen Tedavi Uygulanmazsa:** Dişlerin olduğu bölgede dişeti hastalığı devam eder. Hastalığın ilerlemesine bağlı olarak dişeti çekilmesi ilerleyebilir. Ayrıca dişlerin fırçalanmasını da güçleştirir ve bakteri plağı birikimine sebep olurlar.

**Olası Riskler:** İşlem sonrası ilk birkaç gün kanama ve ağrı olabilir. İşlem bölgesinde şişlik olabilir. Enfeksiyon riski vardır. Dikişlerde kopma ve ameliyat alanında açılma meydana gelebilir. Hastanın sistemik durumuna ve ağız bakımına bağlı olarak bu tedavi her zaman başarılı olmayabilir.

**Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:** İşlemden sonra, az da olsa rahatsızlık hissetmek mümkündür. Cerrahi işlem sonrası 2 saat hiçbir şey yiyip içilmemelidir. Ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde çok sıcak veya soğuk yiyecek ve içeceklerden uzak durmak gereklidir. Operasyona dahil edilen bölge ile çiğneme yapılmamalıdır. Yumuşak ve ılık yiyecekler uygundur. Asitli meyve suları, alkollü içecekler ve baharatlı yiyeceklerden uzak durulması gerekmektedir. Ameliyatı takip eden hafta boyunca sigara içilmemelidir. Ameliyat bölgesine konulan pat (koruyucu pembe macun) hareket ettirilmemelidir. Yerleştirilen pat küçük parçalar halinde kırılabilir. Büyük parçalar koparsa veya pat tamamen düşerse yenisinin koyulması için tekrar fakülteye geri gelinmelidir. Operasyon sonrası ilk 4-5 saat içerisinde cerrahi bölgesinden bir miktar sızıntı şeklinde kanama olabilir. Daha uzun süreli kanamalarda doktorunuzu aramanız gerekir. Ameliyat sonrası ağrı olursa ağrı kesici alınabilir ancak aspirin veya kanamayı arttıran benzeri (salisilik asit benzeri) ilaçlar alınmamalıdır. Ameliyat edilmeyen bölgeler fırçalanmalı ancak ameliyat bölgesi fırçalanmamalıdır.

**ONAY** Tüm ağzımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.Teşhis ve tedavi esnasında; konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği, Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği, Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği, **tarafıma** açıklandı.

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 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.*