**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.

Periodontal apse akut veya kronik olabilir. Akut durumda şiddetli ağrı, şişlik, lenfadenopati, ateş ve halsizlik görülür. Bu durumda hastaya antibiyotik verilerek tedaviye başlanır. Antibiyotik kullanılmasının ardından apse drene edilir. Bunun için bölgeye lokal anestezi uygulanır ve subgingival küretaj yapılır. Gerekli durumlarda flep cerrahisi yapılır. Eğer apse kronik ise sıklıkla antibiyotik tedavisi gerekmez.

**Tedaviden Beklenenler:** Öncelikle hastanın ağrı, şişlik gibi şikayetlerinin ortadan kaldırılması amaçlanır. Apse sonucu kaybedilen dokuların geri kazanılması hedeflenir.

**Önerilen Tedavi Uygulanmazsa:** Periodontal apsenin daha derin dokulara ilerlemesi sonucu oluşan kemik kaybı sonucu dişlerde hareketlilik artışı, çiğneme fonksiyonunda azalma ve daha ileri dönemde diş kayıpları meydana gelebilir.

**Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:** Eğer önerilmişse antibiyotiklerin tarif edilen şekilde kullanılması gerekir. Subgingival küretaj veya flep cerrahisi sonrası öneriler dikkate alınmalıdır.

**Uygulanan Tedavinin Başarısı İle İlgili Garanti Verilememesi**: Bu tedavilerin başarılı olacağına dair bana hiçbir garanti, başarılı olacağına dair hiçbir yazılı belge ya da güvence verilmediğini biliyorum. Kişisel farklılıklar söz konusu olduğundan periodontoloğum başarı şansını tahmin edemeyebilir. Çok iyi bir ağız bakımı sağlanabilse dahi, başarısızlık riski vardır ve yeni bir tedavi gerekebilir.

**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 : İmza :

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.*