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

 Yapılan teşhis ve tedavi planına göre diş tedavileri ve/veya koruyucu uygulamalar gerekmektedir. Bu form size uygulanacak olan diş tedavileri ve/veya koruyucu işlemleri açıklamaktadır. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Lütfen formu dikkatli okuyunuz. Sorularınız ya da anlamadığınız konular varsa lütfen doktorunuzdan yardım isteyiniz. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri kabul etmiş olacaksınız.

 Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızın sağlanmasıdır.

**CERRAHİ OLMAYAN PERİODONTAL (DİŞETİ) TEDAVİLER :** Ağız muayenenizden sonra size bir çeşit dişeti hastalığınızın olduğu söylenebilir. Bu durum, gingivitis (dişeti iltihabı, dişeti kanaması, şiş dişetleri) ya da dişeti çekilmesine neden olan veya olmayan hafif, orta ya da ileri derecede periodontitis olabilir. Size dişetlerinizi ve altındaki çene kemiğini etkileyen bu hastalıkların tedavisi önerilmektedir. Dişeti hastalığı (Periodontal Hastalık), dişetini dişten ayırarak (cep) ve dişi çevreleyen kemikte erime oluşturarak dişlerde destek kaybı oluşturabilir ve tedavi edilmediğinde diş kayıplarına ve genel sağlığı olumsuz etkileyecek diğer sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu tedaviler ile dişeti ve çene kemiklerini etkileyen hastalık yavaşlatılır ya da iyileştirilir. Dişeti hastalığının derecesine göre şu tedaviler uygulanabilir: Cerrahi olmayan tedavi detertraj-polisaj (diş taşı temizliği-parlatma) ve derin temizlik (küretaj) işlemlerini kapsamaktadır.

**DETARTRAJ-POLİSAJ (DİŞTAŞI TEMİZLİĞİ-PARLATMA):** Dişler üzerinde biriken ve dişeti hastalığına neden olan plak ve diş taşlarının uygun aletlerle uzaklaştırılması ve daha sonra dişlere uygun patlarla polisaj işleminin yapılmasıdır. İşlem esnasında veya sonrasında hassasiyet ve kanama görülmesi olağan olup, diş taşı temizliği yaklaşık olarak 30 dk sürmektedir.

**SUBGİNGİVAL KÜRETAJ (DERİN DİŞ ETİ TEDAVİSİ veya KÖK YÜZEYİ TEDAVİSİ):** Dişetinin altında hastalığa neden olan plak, diştaşı ve diğer etkenlerin uzaklaştırılması işlemidir. Bu işlemlerin uygulanması esnasında dişetlerinde kanama olması olağandır. Bu tedaviler sırasında gerektiği durumda lokal anestezi uygulanabilir. İşlem sonrası ortaya çıkabilecek hassasiyetin giderilmesi için; dişlere hassasiyet giderici bir ajan uygulanabilir, sallanan dişler birbirine beyaz dolgu maddesiyle (splint ) tutturulabilir, ultrasonik cihazlar (kavitron) ya da küretler yardımıyla küretaj işlemi uygulanabilir. Eğer gerek görülürse tedavi öncesi ve sonrasında antibiyotik, ağrı kesici (analjezik/antiinflamatuar) ilaçlar ve ağız gargaraları reçete edilebilir. Önerilen ilaçların prospektüsünde belirtilmiş olan yan etkiler görülebilir. Bu tedavi sonucunda tam iyileşme olabileceği gibi, gerekli görülen durumlarda ileri periodontal cerrahi tedavilerde önerebilir.

**ONAY :** 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.*