**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.

**Teşhis**: Özenle yapılan ağız içi muayenesinden sonra periodontoloğum, şu an için var olan dental durumumun dişlerimi kaybetmeme neden olabileceğini ve kaybettiğim dişlerimin yerine implantların yerleştirilebileceğini söyledi.

**Önerilen Tedavi**: Şu an varolan durumumun tedavisi için periodontoloğum dental implantların kullanılmasını önerdi. Bu tedavinin, dental implantların çene kemiği içeresine yerleştirilmesini kapsayan bir uygulama olduğunu öğrendim. Bu tedavide cerrahi işlemleri, protez uygulaması takip etmektedir.

**Cerrahi Faz**: İşlem sırasında sedasyon ya da lokal anesteziklerin kullanılabileceğini biliyorum. Dişetlerim açılarak çene kemiğim açığa çıkabilir. İmplantlar çene kemiği içerisinde açılan yuvalara vidalamak ya da çakmak suretiyle yerleştirilebilir. İmplantlar iyileşme döneminde yerlerinde uyumlu ve sıkı bağlantılı şekilde duracaklardır. Doktoruna İşlemin tahmini süresi hakkında bilgi verildi.

Dişeti ve yumuşak doku implantların etrafına ya da üstünü örtecek şekilde kapatılacaktır. Periodontal pat ya da gazlı bez yerleştirilebilir. Yapılan işlemi takiben iyileşme periyodu altı ayı bulabilir. İyileşme döneminin ilk ve ikinci haftaları protezlerin kullanılamayacağını biliyorum. Eğer kilinik durumum implant sisteminin uygulanmasına olanak tanımazsa, periodontoloğumun,bu durum ile ilgili yeni kararlar alabileceğini biliyorum. Böyle bir durumda kemik kretini desteklemek için kemik greftleri ya da benzeri greftler kullanılmak suretiyle açılan dişeti ve yumuşak doku ya da implant yüzeyi kapatılabilir.

İkinci bir cerrahi işlem gerektiren implant sistemlerinde , implantın üzerini örten dişeti dokusu uygun zamanda açılır ve implantın stabilitesi kontrol edilir. Eğer implant sağlıklı görünüyorsa implant üzerine bir parça takılır. İmplant üstü protez parçalarının yerleştirilmesine başlanabilir.

**İşlemin Protez Fazı**: Bu dönemde bir protez uzmanı ya da diş hekimine yönlendirilebilirim. Ağız içi onarımın uzun dönem başarısında, bu fazın da cerrahi faz kadar önemli olduğunu biliyorum. Bu dönemde implanta ait protez parçası implanta takılabilir. Bu işlem bu implant sistemi ile ilgili eğitim almış kişiler tarafından yapılır.

**Uygulamanın Olası Faydaları**: Dental implantların uygulanma amacının suni dişlerle çok daha iyi fonksiyon sağlamak olduğunu biliyorum. Dental implantlar destek, tutuculuk ve retansiyon sağlar.

**Olası Risk ve Komplikasyonlar**: Bazı hastalarda dental implant uygulamalarında başarılı sonuçlar alınamadığını ve böyle bir durumda dental implantların kaybedilebileceğini biliyorum. Bu durumda implant ile proteze destek sağlanamayabilir. Her hastanın durumu farklıdır ve uzun dönem başarı sağlanamayabilir.

İmplant cerrahisi ya da anestezi sırasında komplikasyonlar gelişebileceğini biliyorum. Bu komplikasyonlar arasında cerrahi sonrası enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, yüzde morarmalar, dudaklarda geçici ama kimi zamanda kalıcı his kaybı, geçici ama nadiren diş sallantısında artış, sıcak, soğuk, tatlı ve asitli yiyeceklere karşı diş hassasiyeti, iyileşme döneminde dişetlerinde çekilme, dişler arasında boşluklar gelişmesi, dudak köşelerinde yırtık ya da morarma, birkaç gün ağız açıklığında kısıtlanma, konuşmakta zorluk, allerjik reaksiyon, dişlerde yaralanma, kemik kırıkları, nazal sinüs perforasyonu, iyileşmede gecikme, kazara yabancı cisimleri yutmak sayılabilir, ancak bunlar olası komplikasyonların bir kısmıdır. Oluşan komplikasyonların iyileşme süresi tahmin edilemez ve geri dönüşümsüz olabilirler.

Protez yapılarının ve planlamalarının implantın devamlılığında ve başarısında önemli bir faktör olduğunu biliyorum. Protezler ya da implantlarda yapılan değişiklikler sonucunda implant ya da protezlerin kaybedilebileceğini biliyorum. Bu kaybın sorumluluğu değişikliği yapan kişiye aittir. Doku ve implant arasındaki bütünlük bozulduğunda implantların çıkartılması gerekebilir. Bu durum başlangıç dönemi, iyileşme ve osseointegrasyon dönemi ya da herhangi bir zamanda söz konusu olabilir.

**Alternatif Tedavi Seçenekleri**: Kaybedilen dişin alternatif tedavileri , tedaviye hiç başalanmaması, hareketli yeni bir protezin yapılması, ya da duruma bağlı olarak diğer işlemlerin uygulanmasıdır. Ancak uyumu kötü protezlerin kullanılması kemik ve yumuşak dokuda daha fazla hasara neden olabilir.

**Takip ve Kişisel Bakımın Önemi**: İşlemler sonrasında diş hekimi ya da protez uzmanına düzenli olarak kontrollere gitmenin önemli olduğunu biliyorum. İmplantlar, doğal dişler ve protezlerin günlük temizlikleri yapılmalıdır. İmplant ve protezlerin düzenli kontrolleri ve düzeltmeleri yapılmalıdır. Periodontoloğum tarafından bana verilen özel öneri ve reçetelere uymam gerektiğini biliyorum.

**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.

**Kayıtların Yayımlanması**: Fotoğrafların, röntgen ya da diğer görüntüleme yöntemlerinin tedavi öncesinde, sırasında ya da sonrasında kullanılmasına izin veriyorum. Ancak benim izinim olmadan kimliğimin açıklanmasına razı olmuyorum.

Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği, **tarafıma** açıklandı.

**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 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.*