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

 Bu hasta bilgilendirme onam formu Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi kliniklerinde dental volümetrik tomografi (DVT) işlemi uygulanacak hastalarımız için hazırlanmıştır.

Hastalarımızın mevcut sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçları ve genel sağlık durumlarıyla ilgili olarak hekimlerini bilgilendirmeleri gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

Uygulanacak radyografi işleminin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay verip vermemek sizin kararınıza bağlıdır.

**Dental Volümetrik Tomografi:**

Kliniğimizde radyolojik olarak iki boyutlu görüntülemenin yetersiz kaldığı durumlarda baş-boyun bölgesinin 3 boyutlu görüntülenmesinin sağlanabildiği DVT cihazı kullanılmaktadır.

Yüksek dozlarda x-ışınının vücutta zararlı etkiler oluşturabileceği bilinmektedir. Ancak, kliniğimizdeki DVT cihazı, tıpta kullanılan bilgisayarlı tomografi cihazlarıyla kıyaslandığında %95’e varan oranda daha düşük radyasyon dozu ile görüntüleme gerçekleştirmektedir.

Nitekim, DVT uygulaması ile alınan doz, bir tomografi uygulaması için düşük ve kabul edilebilir seviyelerdedir.

**DVT’nin diğer iki boyutlu görüntüleme yöntemlerine göre bazı avantajları vardır:**

Teşhis ve tedavi planının doğru yapılmasında faydalı bilgiler sunar.

Kist ve tümör gibi lezyonların ayırıcı tanısına yardımcı olarak daha iyi değerlendirme imkanı sunar.

Alt ve üst çenedeki anatomik yapıların 3 boyutlu incelenmesine olanak sağlar.

Tedavinin takibinde uygulanabilecek DVT işlemi, tedavinin seyrini ve başarısını olumlu yönde etkiler.

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 yada 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.*