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

 Tedavi için size uygulanacak yöntem hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Uygulanacak tedavinin yararlarını ve komplikasyonlarını öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı kendi sağlığınızla ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

 Kron ve Köprü Sökümünde Karşılaşılabilecek Sorunlar:

Sabit protezlerin söküm işlemleri sırasında hekiminizle sorun yaşamamanız için bilmeniz gereken bazı hususlar vardır.

* Söküm işlemi sırasında porselenler kırılabilir veya metal-porselen bağlantı yerinden ayrılabilir,
* Yine bu işlem sırasında uygulanan kuvvet nedeni ile protez altındaki dişler tamamıyla çene kemiğinden ayrılabilir,
* Protez altındaki dolgular, kanal içerisine yerleştirilmiş çiviler zarar görebilir ve yeniden yapılmaları gerekebilir.
* Protez altındaki dişlerin ağızda kalan kısımları kırılabilir,
* Sabit protezler bazen uygulanan bu kuvvetlerle çıkarılamadığı takdirde porselen ve metal kısımları ağız içerisinde kesilerek çıkartılır ve bu durumda protezin yenilenmesi gerekebilir.
* Sabit proteziniz daha önce bir devlet kurumunda yapılmış ise hekiminizi bu konu hakkında mutlaka uyarınız. Aksi takdirde resmi bir devlet kurumunda yapılmış bir proteze resmi kanallar yoluyla 4 yıl içerisinde SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tekrar ödeme yapmadığı için protezinizin çıkarılırken kırılması, zarar görmesi vs. hallerinde yenilenmesi; yani tekrar yenisinin yapılması durumunda yapılacak sabit protezin ücretini siz karşılamak zorunda kalırsınız.

 *Yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum, anladım. Tedavimle ilgili olarak merak ettiğim tüm soruları sordum ve beni tatmin edecek şekilde gerekli bilgilendirme yapıldı. Tedavim sırasında veya sonrasında oluşabilecek muhtemel riskleri biliyor ve uygulanacak tedaviyi gönüllü olarak kabul ediyorum.*

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.*