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

 Protez, hekim tarafından hazırlanmış komşu dişler üzerine yerleştirilen, hasta tarafından çıkarılamayacak şekilde çeşitli yapıştırıcı ajanlarla diş sert dokularına veya implantların dayanakları üzerine yapıştırılan protez tipleridir. Hareketli bölümlü protezlerden daha iyi bir çiğneme fonksiyonu sağlar. Alt veya üst çenede bir veya birden fazla diş eksikliğinde, komşu dişlerin hekim tarafından küçültülerek, bu yapılar üzerine gelen seramik kaplamalardan destek alınılarak ara boşlukların doldurulması amacıyla uygulanan restorasyonlara köprü protezi denir. Geleneksel metal destekli porselen protezlerde dişin her yönünden yaklaşık 1,2-2 mm arasında kesim yapılır. Canlı dişlerde (kanal tedavisi yapılmamış) kesim işlemi lokal anestezi altında yapılacağı için anesteziye bağlı çeşitli komplikasyonlar (alerji, geçici yüz felci, yüzde kızarma, morarma, şişme..vb) oluşabilir.

 Bu küçültme ve kesim işlemi sonrası dişlerde kanal tedavisi ihtiyacı doğabilir ve şüpheli durumlarda planlama değişebilir. Alınan ölçü veya laboratuar işlemlerinde yapılabilecek hatalardan dolayı hatalardan dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir ve buna bağlı olarak tedavi süresi uzayabilir. Dişlerin kesimi sırasında mine tabakası kaldırılarak daha hassas olan dentin tabakası açığa çıktığı için; yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişleriniz hassasiyet gösterebilir. Dişlerinizi bu hassasiyetlere karşı korumak için geçici kuronlar (kaplamalar) hazırlanır. Daimi proteziniz takılıncaya kadar bunların dikkatlice muhafaza edilmesi gerekir. Geçici kronların yerinden oynaması ve düşmesi durumunda ihmal edilmeden hekime başvurulmalıdır, aksi taktirde dişlerde enfeksiyon ve kaymalar oluşabilir. Restorasyonların daimi ya da kalıcı olarak yapıştırılması işlemi için aşırı gecikme de dişlerin hareket etmesine neden olabilir. Bu durum protezin ilave ücretler ile yeniden yapılmasını gerektirebilir. Çürük veya kırılma sonrası yeterli diş dokusu bulunmayan dişlerde sabit protez uygulayabilmek için kanal tedavisi ve post uygulaması (kök kanalları içerisine çivi yerleştirilmesi) gerekebilir. Postlar zamanla çeşitli nedenlerden dolayı kırılabilir, düşebilir veya diş kökü kırıklarına neden olabilir, bu durumda dişe herhangi bir müdahale mümkün olmayabilir ve dişin çekimine karar verilebilir. Protezlerin hasta ağzına yapıştırılması sonrası ağızda yabancı madde hissi, protezde çatlama, dişlerde hassasiyet, kırılmalar veya eklem ağrıları gibi durumlar görülebilir. Oluşabilecek bu tarz sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır. Bunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlar olup giderilmesi için gerekli masraflar hasta tarafından karşılanır. Yapılacak tedavilerin başarısı hastadan hastaya değişebilir ve protezin ömrü ile ilgili herhangi bir garanti verilmemektedir.

 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 : İmzası :

Doğum Tarihi :

İmzası :

Tarih /Saat :

*NOT: Onam formu iki nüsha olarak hazırlanır, bir nüshası hastaya veya kanuni temsilcisine verilir, diğer nüsha ise sağlık kurumu tarafından arşivlenir.*