|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ** **DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**COVID-19'A İLİŞKİN SEMPTOMU BULUNMAYAN KİŞİLERİN DİŞ HASTALIKLARI TEDAVİSİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| HHD.RB.30 | 16/03/2020 | - | - | 1 |

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

 Dünyada ve ülkemizde bulunan COVID-19 virüsü ile şüpheli temasınız olması hem kendi sağlığınız hem de hastalığın bulaştırıcılık özelliği nedeniyle halk sağlığı açısından önemlidir. Ağız ve Diş Muayene ve Tedavisi olmadan önce aşağıdaki bilgileri kontrol ederek doğruluğunu onaylamanız gerekmektedir.

**a)** Son 14 gün içinde COVID-19 vakalarının yoğun olarak görüldüğü ülkelerden birine seyahat öyküm yoktur.

**b)** Son 14 gün içinde ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı, nefes darlığı şikayetim yoktur.

**c)** Evimde ve yakın çevremde son 14 gün içinde COVID-19 vakalarının yoğun olarak görüldüğü ülkelerden birine seyahat öyküsü olan ve son 14 gün içinde ateş, öksürük, burun akıntısı, balgam, nefes darlığı şikayeti olan kimse yoktur.

**d)** Evde izleme ilişkin olarak yukarıda sorulan sorulara doğru cevap verdiğimi taahhüt ederim. Yanlış beyan verme durumumda 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 284. maddesinde yer alan ***''****66 ve 67. maddelerde zikredildiği üzere sari hastalıklar hakkında tetkikatta bulunmağa salahiyettar memurlara muhalefet eden kimseler Türk Ceza Kanununun 195. maddesi mucibince cezalandırılır.****''*** hükmü ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun ***''****Bulaşıcı hastalıklara ilişkin tedbirlere aykırı**davranma.****''***  başlıklı 195. maddesinde yer alan ***''****Bulaşıcı hastalıklardan birine yakalanmış veya bu hastalıklardan ölmüş kimsenin bulunduğu yerin karantina altına alınmasına dair yetkili makamlarca alınan tedbirlere uymayan kişi, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.****''***  hükümleri kapsamında hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulacağı hususunda tarafıma bilgilendirme yapılmıştır.

 BU BİLGİLENDİRME SONRASINDA AĞIZ VE DİŞ TEDAVİMİN YAPILMASINI KABUL EDİYORUM. TEDAVİM SÜRESİNCE YUKARIDAKİ ŞİKAYETLERİ OLAN KİŞİLERDEN VE TOPLU YAŞAM ALANLARINDAN UZAK DURACAĞIMI VE YUKARIDA a), b), c) MADDELERİ İLE İLGİLİ, DURUMUMDA BİR GELİŞME OLUR İSE SAĞLIK KURUMUMU VE HEKİMİMİ BİLGİLENDİRECEĞİMİ VE EN YAKIN SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURACAĞIMI TAHHÜT EDERİM. HASTALIK BULAŞMA ÖNLEMLİ TEDAVİ UYGULAMASINI AÇIKÇA BEYAN VE KABUL EDİYORUM.

El yazınızla “**OKUDUM, ANLADIM VE TEDAVİYİ KABUL EDİYORUM**” yazarak imzalayınız.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Hastanın yada 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.*