

Tarih:/...../.....

ENDODONTİK TEDAVİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

BİLGİLENDİRME

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Kanal tedavisinin dişin çekilmeden kurtarılması için yapılan bir işlem olduğunu anlamış bulunuyorum. Kanal tedavisinin çok başarılı klinik sonuçlarının olmasına rağmen, biyolojik bir işlem olması nedeniyle hiçbir zaman garantisi verilemeyen bir tedavi olduğunu öğrendim. Tedavi sırasında kök kanalı içerisinde kullanılan küçük aletlerin çok az da olsa kırılma olasılığı bulunduğunu ve bu durumun tedavinin başarısını olumsuz etkileyebileceğini anlamış bulunuyorum.

Bazı durumlarda, özellikle de periapikal lezyonlu dişlerde, kanal tedavisi yapıldıktan sonra iyileşme olmazsa kanal tedavisinin tekrarı, cerrahi girişim ve bazen diş çekiminin zorunlu olabileceği konusunda bilgilendirildim.

Kanal dolgusundan sonra yapılacak sürekli restorasyon(dolgu, kuron veya köprü) gibi işlemlerin ayrı bir ücrete tabi olduğu ve üst restorasyonun en kısa zamanda yapılabilmesi için randevu almam gerektiği konusunda bilgi verildi.

Tedavinin detayları ve alternatifleri hakkında soru sorma şansına sahip oldum ve yeterli yanıtlar aldım. Tedavi alternatifleri detaylı bir şekilde anlatıldı; dişin çekimi, hiçbir şey yapılmaması veya tavsiye edilen endodontik tedavinin yapılması konusunda karar verebilecek kadar bilgiye sahip oldum. Bu onam formunu tamamen okudum ve anladıktan sonra imzaladım.

Yapılacak Tedavi

Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisi* - Yakınlık Derecesi

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik No'su :

Adresi :

Telefon :

İmza :

Hekimin

Adı-Soyadı :

Tarih :

İmza :

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır.(Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).