

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

## KURON –KÖPRÜ PROTEZLERİ İÇİN 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.

### TEDAVİ İHTİYACINIZIN BELİRLENMESİ

Sabit protez (kuron-köprü-inlay-dolgu, laminate veneer) gereksinimi aşağıdaki bir ya da birkaç nedenden kaynaklanabilir.

1. Kanal tedavisi yapılmış olan dişlerin ileride kırılmasını önlemek için koruyucu olarak,
2. Dişinizdeki görünmeyen çatlaklar yüzünden duyduğunuz aşırı hassasiyetin giderilmesi için,
3. Kırılmış diş ya da dolgularında,
4. Aşın çürük varlığında,
5. Kozmetik (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan) ve estetik amaçlar,
6. Karşıt çene ile uyumsuz kapanış nedeni ile çiğneme duyulan yetersizlik,
7. Fonksiyon dışı alışkanlıklardan dolayı (kalem ısırma, tırnak yeme vb) aşınan dişlerde,
8. Hareketli protez planlandığında kroşe gelmesi planlanan dişlerde,
9. Kaza sonucu oluşan kırıklarda,
10. Hassas bağlantılı protezlerde bağlantı için,
11. Çiğneme yükünü her diş üzerine yaymak amacıyla oklüzyon tedavisinde,
12. Aşırı madde kayıplı dişlerin porselen ile yapılan dolgularında (inlay, onlay),
13. Köprü protezleri, kaybedilmiş dişlerin yerine konmasında bir tedavi seçeneğidir. Bunun için dişsiz bölgeye komşu en az iki uygun diş gerekir.

### **Sabit protezler aşağıdaki tedavi usullerinden oluşur:**

**1- Kuron :** Doğal dişe en yakın biçimde form ve fonksiyonun sağlanması için yapılır. Bu tedavi, dolgu ile dişin tedavi edilemediğinde gerekli olur. Tedavi genellikle bir miktar diş dokusunun dişten uzaklaştırılmasını gerekli kılar. Eğer çürük ve travma vb. sonucunda yeterli olmayan miktarda diş dokusu kalmışsa kuron için yeterli destek sağlamak amacıyla tedaviden önce dişe dolgu yapılması gerekli olabilir. Bazen dişin kökünden de destek amaçlı yararlanmak gerekir (post-core). Kuron protezi, taşıyacağı dişe yapıştırılarak sabitlenir.

*Birkaç şekilde kuron protezi yapılabilir:*

—**Tam porselen:** Metal içermeyen kaplamadır. Görünümü doğal dişe en yakın olanıdır. Metal alerjisi gelişmez; ancak, tedavinin maliyeti metal seramiklere göre iki kat fazladır.

— **Tam metal:** Destek dişte madde kaybı çok fazla olduğunda yapılır.

— **Metal-Porselen:** Metal altyapı üzerine porselen kaplanır, görünen yüzde metal yoktur. Ancak bazen damak tarafında, dişetine yakın bölgelerde metal bir şerit görülebilir.

**2- Köprüler:** Çekilen bir dişin yerine yapay diş konması için yapıştırılan bir seri kurondur. Bir köprü dişsiz bölgeye komşu olan en az iki dişin kaplanmasını gerekli kılar. Doğal ve sağlam dişlerinin korunmasını istemeyen hastalar için köprüye alternatif tedaviler; takılıp çıkarılan protezler ya da eğer vaka uygun ise implant destekli kuronlardır.

- Köprüler, kuronlarla aynı materyallerden yapılır.  
- Klasik metal seramik köprülerde, dişin her yönünden olmak üzere 1,2 ile 2mm arasında aşındırma yapılır.  
- Birinci randevuda destek dişlerin hazırlanması, ölçülerin alınması, geçici kuronların yapılması işlemleri gerçekleştirilir. Geçici kuronların tedavi süresince ağızda kalması esastır. Düşerse hekiminizi arayınız; aksi takdirde destek diş hareket edebilir ve daimi restorasyonun uyumu zorlaşır.

- İkinci randevu birinci randevudan 4 ila 10 gün arasında değişen bir zaman aralığından sonra gerçekleştirilir. Bu randevuda altyapı materyalinin provası yapılır ve renk belirlenir.  
- Üçüncü randevu ikinciden 4 ila 7 gün sonradır. Renk, form, boyut provası yapılır ve **hasta onayı** istenir. Hastanın onayı alındıktan sonra protez yapıştırılır.  
- Kuron ve köprülerin kabul gören uluslararası ömrü 7 yıldır; bu süre ancak kişisel bakım, düzenli hekim kontrolü ile değişebilir.

**3- Porselen inlay ve onlay'ler:** Diş renginde ve formunda, dişin içine ya da üzerine diş renginde yapıştırıcılarla yapıştırılan porselen dolgulardır.

**4- Porselen lamine veneerler:** Porselen veneer, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan ve genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı, porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla uygulanır. Dişin ön yüzünden 0.5 mm'den daha az ve mine seviyesi sınırlı kalmak kaydı ile madde kaldırılır. Laboratuarda hazırlanan veneerler provadan sonra hastanın onayı alınarak dişe yapıştırılır.

## ONAM

Kuron ve köprü protezi yapım işlemlerinin bazı risk ve ba şarısızlıkları da beraberinde getirebileceğini kabul ediyorum. Aşağıdaki riskler konusunda önceden bilgilendirildim. Aşağıda belirtilen oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirildim.

- 1. Dişlerin kesilmesi:** Çürüyen ya da kırılan dişin yerine konması için dişlerin küçültülmesi gerekir.
- 2. Dişlerde hassasiyet:** Sıklıkla dişlerin kesilmesinden kuron ya da köprünün yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişler hassasiyet gösterebilir. Kısa bir süre içerisinde bu hassasiyet geçebilir.
- 3. Kaplanacak dişe kanal tedavisi uygulamak gerekebilir.**
- 4. Kırılmalar:** Kuron ya da köprü protezlerinde çatlama ve kırılmalar oluşabilir. Bu durum sert gıdaların yenmesi ve çiğneme kuvvetleri gibi nedenlerden kaynaklanabilir.
- 5. Rahatsız edici ve ağızda yabancı cisim varmış hissi:** Bu durum doğal dişlerle yapay diş olan kaplamaların dil tarafından farklı hissedilmesi ile oluşur.
- 6. Estetik görünüm:** Son yapıştırma işleminden önce hasta protezin kabul edilebilir görünümde

olduğunu onaylamalıdır. Ancak kabul edilen protez hastaya uygulanabilir. Bu durum hasta kartına işlenir.

7. Protezin ömrü kullanan kişiye göre değişir.

Bana kuron ve/veya köprü protezinin doğası ve amacına ilişkin her türlü soruyu sorabilme fırsatı verildi ve sorduğum sorulara beni tatmin edecek cevaplar aldım. Yukarıdaki sıralanan muhtemel riskleri biliyor ve gönüllü olarak kabul ediyorum. Bu formu imzalayarak, tedavime ait gerekli her türlü girişimi yapmak, gerekli ilaçları, estetik bilgi ve görünüşü kullanmak üzere onayımı kendi rızamla Dişhekimi ..... 'e veriyorum.

### **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).