

	T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.03
	DENTAL VOLUMETRİK TOMOGRAFİ BİLGİLENDİRME ve ONAM (RIZA) FORMU	Yayın Tarihi	10.11.2025
		Revizyon Tarihi	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

BİLMENİZ GEREKENLER

Dental volumetrik tomografi x-ışını kullanılarak baş boyun bölgesinin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik yöntemdir. Bu yöntem ile iki boyutta görüntülemenin yetersiz kaldığı durumlarda üç boyutlu görüntüleme sağlanabilmektedir. İşlem öncesi hasta ağız içindeki çıkarılabilen protezler ile baş ve boyun bölgesinde bulunan (kolye, küpe, toka, iğne, gözlük, piercing, işitme cihazı vb. gibi) metal içeren tüm eşyaları çıkarılmalıdır. Dental volumetrik tomografi çekimi yapılmazsa, kesitsel ve üç boyutlu görüntüleme sağlanamaz. Şikayete neden olan ve iki boyutlu görüntüleme ile tespit edilemeyen hastanın mevcut anatomik durumu doğru şekilde tespit edilemez.

Olası riskler: Radyolojik tetkiklerde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekimin sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gerektiğinden, hareket edilirse röntgenin teşhise yardımcı niteliğini yitirmesi ve tekrar çekilmesi durumu söz konusudur. Hamile ve gelişim çağındaki çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir. Tiroid, göğüs ve akciğer hastalıkları, kanser hastaları ve bağışıklık sistemi düşük olan hastalar gibi riskli hasta gruplarında hastalığın seyrinin olumsuz etkilenmemesi için kurşun koruyucularla radyografi çekimi gerçekleştirilir. Hekimimden diş sağlığımın durumu ve dental volumetrik tomografi incelemesi gerekliliği hakkında yeterli ve tatminkar açıklamaları duydum. Hamile isem beni muayene eden doktora veya radyolojik tetkikleri uygulayan radyoloji teknikerine hamilelik durumumu ve herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu belirteceğimi kabul ediyorum. Eğitim ve bilimsel amaçlı olarak hastaların kimlik bilgileri gizli tutularak fotoğraf, röntgen veya video görüntüleri alınabilir, klinik ve radyolojik verileri; bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabilir. Yukarıdaki bilgileri okudum, sorularıma tatminkar cevaplar aldım ve özgür irademle onaylıyorum. (Aşağıdaki kutunun içerisindeki boşluklar hasta veya kanuni temsilcisi tarafından kendi el yazısı ile “ Okudum, Anladım, Kabul Ediyorum. ” şeklinde doldurulacaktır).

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını;

☐ Kabul ediyorum. / Kabul etmiyorum.

2. İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını;

☐ Kabul ediyorum. / Kabul etmiyorum.

HASTA ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelerle dayanarak; İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyor ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası E-Arşivimde bulunmaktadır.

☐ Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY ve KABUL EDİYORUM.

Hastanın	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	

Tarih		Saat	
-------	--	------	--

Hastanın Velisi / Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN	
Adı Soyadı	

NOT: E-Onay verilmiş tüm belgeler E-Arşivinizde bulunmaktadır. İstenildiğinde görüntülenebilir ve indirilebilir.