

	T.C Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.07
	DEVİTAL BEYAZLATMA ONAM (RIZA) FORMU	Yayın Tarihi	07.05.2025
		Revizyon Tarihi	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/işlemlerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/işlemler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Randevu günü lütfen bu formu yanınızda getirip, doktorunuza teslim ediniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem:

Önceden yapılan kök kanal tedavisi sonucu veya travmaya bağlı oluşan renk değişikliklerini gidermek için beyazlatma (bleaching) işlemi uygulanır. Öncelikle ilgili dişin klinik ve radyografik kontrolleri yapılır. Hastanın tedavi öncesi fotoğrafları alınır. İlgili dişe rubber-dam örtü takılarak beyazlatıcı ajan uygulanır. Diş geçici dolgu ile kapatılarak hastaya kontrol randevusu verilir. İkinci seansta istenilen renk elde edilememişse tekrar beyazlatma ajanı uygulanır. Eğer yeterli renk değişikliği elde edilmişse diş kalsiyum hidroksit yerleştirilir ve 2 hafta sonra daimi restorasyonu tamamlanır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikayetleriniz için; hasta iletişim birimine başvurabilir, fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvurur yapabilirsiniz.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Endodonti Anabilim Dalında görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Estetik beklentinin karşılanması, protetik yaklaşımlara oranla daha konservatif ve doğal görünümün sağlanması ve ucuz olması.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Diş rengindeki koyulaşmanın artması, estetiğin olumsuz etkilenmesi

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Protetik amaçlı kron, laminate vener, direk kompozit vener

İŞLEMİN OLASI RISK ve KOMPLİKASYONLARI

İstenilen diş rengine ulaşamaması İşlemin birkaç seans tekrarlanması Yeniden renklenme

Eksternal servikal rezorbsiyon Dişetinde ülserasyon irritasyon, hassasiyet

Ağrı

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Ortalama 45 Dakikadır.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun önerilerine uyunuz.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitici 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 ifadelere dayanarak; İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyorum ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyararak 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	Tarih	Saat
Adı Soyadı		
T.C. Kimlik No		
İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN		
Adı Soyadı		
Hastanın Velisi / Vasisi		
Adı Soyadı		
Yakınlık Derecesi		

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