

	T.C Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.23
	İMLANT CERRAHİSİ AYDINLATMA ve ONAM(RIZA) FORMU	Yayın Tarihi	07.11.2025
		Revizyon Tarihi	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vası;

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, onaylayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Çene kemiği içine kendi dişinizin köklerinin genişliğinden ve uzunluğundan biraz daha küçük implant yuvalarının hazırlanıp daha sonra hazırlanan bu yuvalara titanyum esaslı silindirik vidaların (implant) yerleştirilmesidir. Yetersiz kemik dokusunun mevcut olduğu durumlarda, cerrahi bölgeye kemik greftlerinin yerleştirilmesi ve bu greftlerin üzerinin bir membranla örtülmesi gibi ek cerrahi işlemler uygulanabilir. Bütün cerrahi işlemler lokal anestezi altında gerçekleştirilir. İmplant uygulamasından 3-6 ay sonra protez yapımına geçilebilir. İmplantların üzeri cerrahi olarak açılarak iyileşme başlıkları yerleştirilir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmaz. Komşu dişler korunmuş olur. Daha fonksiyonel ve estetik sabit protezler yapılabilir. Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir. Fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.

İŞLEMİN UYGULANMAMA SİDURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Alternatif tedavi seçenekleri Standart Sabit veya Hareketli Protezlerdir. Bu seçeneklerde fonksiyon, estetik ve hasta memnuniyeti daha sınırlı karşılanır.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Alternatif tedavi seçenekleri Standart Sabit veya Hareketli Protezlerdir. Bu seçeneklerde fonksiyon, estetik ve hasta memnuniyeti daha sınırlı karşılanır.

İŞLEMİN OLASI RISK ve KOMPLİKASYONLARI

Enfeksiyon, kanama, şişlik, ağrı, cerrahi bölgede veya yüzünüzde morarma, çene ekleminin hasarı veya spazmı, yavaş iyileşme, genellikle geçici fakat çok nadiren kalıcı olabilen dudak, çene ucu ve dil hissizliği, cerrahi işlem sırasında sinüs veya burun boşluğunun açılması, implantın anatomik boşluklara kaçması, kemik kırıkları. İmplantın vücut tarafından kabul edilmemesi ve yapılan cerrahi işlemin başarısız olması.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Yapılacak implantın sayısı ve uygulanacak ilave cerrahi işlemlere göre süre değişiklik gösterir. Ortalama 30-60 dk denilebilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkez'inden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz

EĞİTİME KATKIYA ONAY

- 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.
- İşleminin fotoğraf ve/veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekimlerin kayıtlarındaki 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 olabilecekleri 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 ediyorum 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/Vası	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN	
Adı Soyadı	

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