



T.C
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi

Doküman Kodu	HHD.FR.43
Yayın Tarihi	07.11.2025
Revizyon Tarihi	00
Revizyon No	00
Sayfa No	1/1

FRENEKTOMİ ONAM (RIZA) FORMU

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

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Lokal anesteziyi takiben dilin alt kısmı dudak ve yanaklar ile yumuşak doku arasında olan uzun kas dokusu kesilerek kısaltılacak.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Kasın neden olduğu aşırı hareketin, diş eti çekilmesinin ve dişler arasındaki diastemaların aradan kaldırılması. Daha rahat, sağlıklı, estetik bir protezin yapılması.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Dişeti çekilmesinin devam etmesi, diş kaybı protez yapımı veya kullanımının zorlaşması veya yapılamaması fayda sağlanması mümkün değildir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Alternatif tedavi yoktur.

İŞLEMİN OLASI RISK ve KOMPLİKASYONLARI

Anestezi zamanı ola bilecek komplikasyonlar, ağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması, dişlerde ve çevre dokularda his kaybı, komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması, dişin veya kırık parçanın değişik ağız kenarlarında ezikler ve morluklar.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

15-45 dakika olabilir.

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 aşağıda yazdığı önerilere uyunuz. Dikiş atılır, 1 hafta sonra dikişler alınır. İşlem sonrası antibiyotik, ağrı kesici ve gargara kullanılır. Önerileri dikkate almayı, yara bölgesini korumaları, yüz üstü yatmamaları çok önemlidir. Diş fırçalama, ip ara yüz bakımı ve yazılan ilaçların kullanımı.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim dalını arayarak işlem için bilgilendirme ve yardım alabilirsiniz.

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 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 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	

Hastanın Velisi / Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

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

İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN	
Adı Soyadı	

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