

Döküman No	SHB.FR.06
Yayın Tarihi	01.01.2015
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	01.01.2020
Sayfa No	1/1

TAM PROTEZLER İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölüme kimlik bilgilerinizi yazmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

BİLGİLENDİRME

Tam protezler dişlerin TAMAMEN kaybedildiği durumlarda yapılır. Tam protezlerde protezin ağızda TAMAMEN sabit olması mümkün değildir. İlk kez tam protez kullanan hastalarda ilk bir ay içerisinde sıklıkla aşağıdaki sorunlarla karşılaşılabilmektedir.

- 1 Özellikle alt protezin aşırı hareket etmesi: İlk bir ay sonunda hastanın dilini ve yanaklarını koordine bir şekilde kullanmasını öğrenmesini takiben bu şikayetlerde azalma olur.
2. Protezin altına yiyecek artıkları birikmesi.
3. Konuşmada zorluk.
4. Protez kenarında oluşan "protez vurukları": Kontrol randevularında hekimin yapacağı birtakım düzenlemelerle bu şikayetler de giderilir.
5. Besinlerin tadını almadaki yetersizlik: Psikolojik olarak oluşan bu problem ilk bin ay içerisinde kaybolur.

Tam protez yapımı aşağıdaki seanslardan oluşur ve sağlık kuruluşumuza en az aşağıda belirtilen seanslar kadar gelmeniz gerekmektedir.

- 1- Birinci ölçü
- 2- İkinci ölçü
- 3- Birinci Prova: Kapanış provası
- 4- Prova; Dişlerin kontrolünün yapıldığı prova: Bu seansta dişlerin rengi, boyutu, şekli ve düzeni konusunda hasta ve yakınlarının imzalı onayı alınır.
- 5-Protezin Hastaya teslimi
- 6-Kontrol

Kullanacağım "TAM PROTEZ" hakkında, bu sağlık kuruluşunda tedavimden sorumlu olan diş hekimi tarafından verilen yukarıdaki bilgilendirme formunu okudum,

ONAM

- 1 Uygulanacak olan "Tam Protez" in yapay bir organ olduğunu ve hiçbir zaman kendi dişlerim gibi işlev göremeyeceğini anlıyorum ve kabul ediyorum.
- 2 "Tam Protez" kullanımının zor olduğunu ve alışmak için zamana ihtiyacım olduğunu anlıyorum ve kabul ediyorum.
- 3 "Tam Protez" kullanırken zaman zaman protez vuruklarına bağlı ağrılı bölgeler olabileceğini kabul ediyorum.
- 4 "Tam Protez" kullanırken konuşmamın değişebileceğini kabul ediyorum.
- 5 "Tam Protez" kullanırken görünümümün değişebileceğini kabul ediyorum.
- 6 "Tam Protez"imin yapımı sırasında sağlık kuruluşunuza en az 6 seans gelmeyi kabul ediyorum.
- 7 Prova safhasında protezimin estetik görünümünü beğendiğim takdirde hekimimin bana vereceği kabul formunu imzalamayı kabul ediyorum.

Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisi* - Yakınlık Derecesi

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik Nosu :

Adresi :

Telefon :

İmza :

Hekimin :

Adı-Soyadı :

Tarih :

İmzası :

* 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).