



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ  
KRON SÖKÜMÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.08	YAY.TRH:22.07.2012	REV.TRH:29.05.2017	REV.NO:01	SAYFA NO:1 / 2
-------------------	--------------------	--------------------	-----------	----------------

Protokol No :  
Adı Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doğum Tarihi :  
Tarih :

**Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;**

Bu form diş tedavileri sürecindeki olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatle okuyunuz, sorularınız yada anlamadığınız konular varsa doktorunuzdan yardım isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda size

ek bilgiler verilecektir. Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.Yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14.Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir.

Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir.

**Dışhekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında** aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız.Anlamadığınız hususların hekiminiz tarafından açıklanmasını isteyiniz

**ANAMNEZ**

Tarih : .....Adı Soyadı:

Hepatit(sarılık) A,B,C geçirdiniz mi? : .....>Tedavi oldunuz mu? :

HIV(AIDS) geçirdiniz mi? :

Diabet( şeker) hastalığınız var mı? : .....> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

En son kan şekeri ölçüm değeriniz nedir? :

Herhangi bir ilaca, metale veya maddeye karşı alerjiniz var mı? : .....

Kalp probleminiz var mı? : .....> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? : .....

Ameliyat geçirdiniz mi? : .....

Çocuklukta ateşli hastalık geçirdiniz mi? : .....> Kalpte sekel-arıza-hasar bıraktı mı?.....

Tansiyon probleminiz var mı? : .....> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? : .....

En son tansiyon ölçüm değeriniz nedir? : .....

Hamile misiniz? : .....

Herhangi bir kan hastalığınız var mı? : .....

Başka herhangi bir hastalığınız-hastalığınız var mı? : .....

Daha önce diş çektirdiniz mi? : .....> Diş çekimi sırasında bir problemle karşılaştınız mı? : .....



## ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ KRON SÖKÜMÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.08	YAY.TRH:22.07.2012	REV.TRH:29.05.2017	REV.NO:01	SAYFA NO:1 / 2
-------------------	--------------------	--------------------	-----------	----------------

**HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDEĞİ:** 1.Kron veya köprünüz ağızınızdayken,ağız içi muayene ya da radyolojik muayene (diş filmi)ile görülemeyen diş çürüğü ya da diğer benzeri problemlerin saptanması amacıyla 2.Kron ya da köprünüz çıkarılmadan gerçekleştirilmesi imkansız diş tedavilerinizin (örneğin dolgu,kanal tedavisi,diş çekimi,diş eti tedavisi vb.)sağlıklı bir şekilde yapılması amacıyla 3.Mevcut kron ya da köprünüzün değiştirilmesini ya da tamirini gerektiren durumlarda(delik,kırık,dişeti sağlığının bozulması gibi 4.Mevcut kron ya da köprünüzün sökülüp yeniden yapılandırılması gerektiğinde(örneğin çok üyeli köprülerde,köprünün yapılandırıldığı dişlerden kısmen ayrılması,kron ya da köprünün hatalı olarak yapılandırılması vb.durumlar)**MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN NEREDE,NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ**Kron sökümü işleminiz diş hekiminiz tarafından,tam teşekküllü kliniklerde yapılacaktır.Anestezili ya da anestezisiz olarak köprü sökücü aleti ile diş ile kron-köprü arasındaki bağlantının tutuculuğu mekanik darbelerle azaltılarak diş üzerinden kron köprünün ayrılması sağlanır.Köprünün.Köprü sökücü ile mekanik olarak sökülemediği durumlarda anestezili ya da anestezisiz olarak aeratör ve frez yardımı ile mevcut protezin dayanak dişleri üzerindeki kronlar ortadan ikiye kesilerek protezi yerinden çıkması sağlanır.Bazen kron ayırıcı da kullanılır.Şartlara göre değişkenlik göstermekle beraber 5-60 dakika arası sürebilir.**İŞLEMİN MUHTEMEL KOMPLİKASYONLARI:**Kron/köprü protezlerinde çatlak veya kırık;Kron ya da köprülerin çıkarılması esnasında ,hekiminiz mümkün olduğunca dikkatli davranırsa da ,protezinizde yüksek oranlarda kırık ya da çatlak oluşma riski vardır.Kron-köprü sökümü işlemi sonucunda protezinizde oluşan hasarlardan hekiminiz sorumlu değildir.Protezinizin tamiri veya yeniden yapılması gerektiğinde, sağlık sigortanızın ve SGK nın belirlediği protez giderlerinin karşılanma süreleri dışında iseniz,tüm mali sorumluluk size aittir.

-Sabit proteziniz söküldüğünde dişlerinize dolgu veya kanal tedavisi yapılması gerektirilebilir, hatta bazı durumlarda dişinizin çekilmesi gerekebilir.

-Diş ve çevre dokuların travmatize olması:Kron/köprü sökümü işlemi sırasında uygulanan kuvvet veya basınç destek dişlerde travmaya neden olabilir.Bu gibi durumlarda,diş kanal tedavisi uygulanması gerekir.

Kron/köprü sökümü için kullanılan aletlere bağlı olarak,diş etlerinizde,dilinizde ve çevre dokularda yaralanmalar oluşabilir.

-Kron/köprü protezlerinin sökülememesi:Bazı durumlarda kron/köprü sökümünde kullanılan aletlerle proteziniz çıkarılamayabilir.Bu gibi durumlarda kronunuzun ya da köprünüzün kesilerek çıkarılması gerekir.Bu işlem protezinizin tekrar kullanılmaz hale getirir.Bu işlem sırasında protezinizde oluşan hasarlardan hekiminizin sorumlu değildir.Protezinizin yeniden yapılmasının gerektiği durumlarda,tüm mali sorumluluk size aittir.

-Kron/köprü protezlerinin sökümü esnasında destek dişin çekimi (tamamen veya kısmen çıkması):Bazı durumlarda, örneğin kron ya da köprü içindeki dişleriniz sallanıyorsa veya etrafındaki kemik desteğini kaybetmişse vb., protezinizin söküme işlemi sırasında dişleriniz gömülü olduğu kemikten kısmen ya da tamamen çıkabilir.Bu durumda sabit ve varsa hareketli protezlerinizin yeniden yapılması gerekir.Protezinizin yeniden yapılması gerektiği durumlarda,tüm mali sorumluluk size aittir.

### **ÖNERİLEN TEDAVİ UYGULANMAZSA**

Kron köprü söküme nedenine bağlı olarak farklı komplikasyonlar meydana gelebilir.Örneğin dişlerde ağrı,şişme,diş etlerinde tedavi zor problemler,dişeti çekilmesi gibi sonuçlar oluşabilir.Bu konuda diş hekiminize danışmanız gerekir.

-Köprü söküme sonrasında var ise destek dişteki kanal içi postlar köprü ile beraber çıkabilir.Bu durumda post uygulamasının yenilenmesi gerekebilir.SGKnın belirlediği uygulama giderlerinin karşılanma süreleri dışında iseniz,tüm mali sorumluluk size aittir.

### **DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ**

Alternatif tedavi yöntemi yoktur.

### **REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLERİ**

Diş kaybı,dişeti rahatsızlıkları

**Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım,kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi ifade ederim.Hekimim,yukarıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve muhtemel yan etkiler hakkında beni yazılı ve sözlü olarak detaylı bir şekilde bilgilendirilmiştir.TEDAVİYİ REDDETME VE SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM.(Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktaları kendi el yazınızla **TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM** şeklinde yazarak imzalayınız.)** Verilen bu bilgiler ışığında size planlanan tedavilerin uygulanmasını kabul ediyorsanız el yazınızla

**“OKUDUM,ANLADIM,” “BİR NÜSHASINI TESLİM ALDIM” ve ADINIZI SOYADINIZI yazarak imzalayın.**

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim.Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih/Saat

Adı Soyadı(el yazısı ile):.....

HASTANIN VEYA YAKININ AD/SOYAD/İMZA Bir Nüshasını Teslim Aldım	TARİH:  SAAT:	İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN AD/SOYAD/İMZA
--	---------------------	---------------------------------------