



| KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO/SAYFA SAYISI |
|-----------|--------------|-------------|-----------------|-----------------------|
| DHUYAM.01 | 21.08.2023 | 01 | 21.08.2023 | 1 / 2 |

Sayın hastamız,

- Lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye yapılacak uygulamalar hakkında bilgi sahibi olacaksınız.
- Ağız, diş ve çevre yapılar ile ilgili sorununuzun tedavisi için size uygulanacak işlemler konusunda bilgi sahibi olmak hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı ağız, diş ve çevre yapılarınızın sağlığını iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve bu süreçte sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir.
- Randevunuza gelirken, sizin veya vasisi olduğunuz kişinin T.C. kimlik numarası bulunan kimlik belgesini yanınızda bulundurmanız gerekir. Aksi takdirde işlem yapılamayacaktır.
- Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar, ilaç alerjileri ve genel sağlık durumunuz ile ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir. Diş hekiminizin istediği hekim konsültasyonuna yazılı cevap getirilmediği durumda da işlem yapılmayacaktır.
- Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde muayene, tetkik ve tedavi işlemleri diş hekimliği fakültesi öğrencileri, yardımcı sağlık personeli, öğretim elemanları ve öğretim üyeleri tarafından yapılmaktadır. Eğitim süresince öğrenciler muayene, tetkik ve tedavi işlemlerini öğretim elemanlarının ve öğretim üyelerinin denetim ve gözetiminde gerçekleştirmektedirler.
- Tedavi ve işlemlerin yararlarını, maliyetini ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Talebiniz durumunda, sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Travma, kaza, darp ve istismar bulguları varsa lütfen belirtiniz, adli vakalara kanunen tutanak tutmak gerekmektedir.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgi paylaşımını reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız 'tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması' şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir. Aydınlatılmış Onam Geri çekildiğinde; o andaki tedavi aşamasına kadar alınması gereken ücret hasta tarafından karşılanır.
- Kliniklerimizde gerçekleştirilen muayene, tetkik ve tedavilerle ilgili bilgi formlarına <http://dhf.marmara.edu.tr> adresinden ulaşabilirsiniz. (ilgili bölümlerden talep edebilirsiniz.)

1.BİLGİLENDİRME

BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN UYGULANACAKTIR:

HASTAYI / YASAL TEMSİLCİSİNİ

- Ağız ve diş sağlığı bakımından hastanın mevcut sağlık durumu;
- Sağlık sorununun olası nedenleri, ön tanısı/tanısı ve özellikleri;
- Önerilen tedavi, tedavinin uygulanış biçimi, beklenen yararları, başarı olasılığı ve sıklıkla karşılaşılan komplikasyonları;
- Kullanılacak ilaçların, materyallerin ve tıbbi cihazların önemli özellikleri;
- Önerilen tedaviyi ertelemenin ya da almamanın olası sonuçları;
- Tedavi sürecinde ihtiyaç duyulabilecek ek girişimler ve rizikolar;
- Varsa uygun diğer tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin yararları, rizikoları ve hastanın sağlığına muhtemel etkileri;
- Ağız, diş ve çevre dokularının sağlığı için gerekli olan tıbbi öneriler;
- Tedavi sürecinin kim tarafından yürütüleceği, tedavi kapsamındaki işlemlerin nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, tahmini süresi ve hastaya getireceği mali yük;
- Gerekliğinde aynı konuda dental yardıma nasıl ulaşabileceği;

Konularında gerekli açıklamaları yaparak bilgilendirdim ve bu bilgileri anlamasını sağladım.

2. AYDINLATILMIŞ ONAM

BU BÖLÜM HASTA TARAFINDAN UYGULANACAKTIR:

Konulan tanı ve uygulanacak tedavi ile ilgili planlama, tedavi seçenekleri, olası sonuçlar, istenmeyen yan etkiler hakkında bilgilendirildim. Özgür ve aydınlatılmış irademe dayalı olarak **uygulanacak tedaviyi kabul ettim.**



Diş Hekimliği
Uyg. ve Arş. Merk.

AĞIZ, DIŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

| KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO/SAYFA SAYISI |
|-----------|--------------|-------------|-----------------|-----------------------|
| DHUYAM.01 | 21.08.2023 | 01 | 21.08.2023 | 2 / 2 |

Tıbbi müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları yanında rizikoları hakkında gerekli bilgilendirme anlaşılabilir şekilde tarafıma yapılmıştır. Bu kapsamda:

- Önerilen tedavi yöntemi ve bunun yerine uygulanabilecek diğer yöntemler anlaşılabilir şekilde anlatıldı.

- Tedavi sürecinde ve sonrasında ortaya çıkabilecek olumsuzluklar ve olası rizikolar ile önerilen tedavi yöntemini reddettiğim takdirde karşılaşılabilecek rizikolar hususunda bilgilendirildim.

- Önerilen tedavinin ağız, diş ve çevre yapıların sağlığını korumayı amaçladığı, bu amacı hedefleyen tıbbi faaliyetlerin gerekli özenle yürütüleceği fakat amaçlanan sonucun garanti edilemeyeceği anlatıldı.

- Tedavi sürecinden arzu edilen sonucun elde edilebilmesi için başta sağlık durumum hakkında doğru bilgi vermek başta olmak üzere tarafıma ait yükümlülükler hatırlatıldı. Özellikle ağız temizliğine dikkat edilmesi, önerilere uygun davranılması ve reçete edilen ilaçları olması gereken doz ve sürelerde kullanma gerekliliği hususlarında bilgi sahibi kıldım.

- Bağlı olduğum özel/resmi kurumların talep ettiği bilgi ile belgeleri zamanında, noksansız olarak sağlama yükümlülüğümün bilinci içindeyim.

- Tedavi sürecinde planlanan girişim ve/veya tedaviye ek olarak yeni girişim ve tedavi gerektirebilecek koşullar ile karşılaşılabileceğimi; böyle bir durumda tarafıma sunulan planlamanın değişebileceğini biliyorum.

- Tanı ve tedavide başvurulacak yöntemlerin olası maliyeti hakkında gereken bilgi şahsıma verildi.

Hasta hakları ve yükümlülükleri ile hekim hakları ve sorumluluğu konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim.

- Tedavi süreciyle ilgili tüm sorularım cevaplandı. Müdahale için verdiğim rızayı her zaman gerekçe göstermeksizin geri alabileceğimi biliyorum. Rızanın geri alınması durumunda tıbbi müdahalenin sonuçlanmamasından doğan doğrudan ve dolaylı her türlü olumsuz sonucun sorumluluğu münhasıran şahsıma aittir.

HASTA ONAMI

Tarih:/...../.....

Bu formda belirtilen açıklamalar doğrultusunda; "Yukarıda yazılanları okudum, haklarımı ve yükümlülüklerimi anladım, karar vermem için tanınan yeterli süre içinde müdahalenin yapılması için özgür ve aydınlatılmış irademle rıza gösteriyorum" ifadesini kendi el yazınız ile aşağıya yazınız.

Kimliğimin gizli tutulması koşuluyla;

Kurum içi/dışı radyolojik kayıtlarımın (ağız içi/dışı röntgen, tomografi, emar, ultrasonografi görüntüleri vb.), ağız içi/dışı klasik/dijital ölçü, kayıt ve görsellerimin (fotoğraf, video, ses kaydı vb.), tıbbi bilgilerimin ve/veya tanı/tedavi amacıyla çekilmiş diş/dışlerimin, vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerimin, yalnızca Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Temel Tıp Bilimleri ve Klinik Bilimler Bölümleri (Ağız Diş ve Çene Radyolojisi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi, Endodonti, Ortodonti, Pedodonti, Periodontoloji, Protetik Diş Tedavisi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalları) lisans ve lisansüstü öğrencileri, öğretim elemanları ve öğretim üyeleri tarafından; eğitimde (teorik ve pratik uygulamalı ders, seminer, kurs, vaka sunumu vb.) ve olası bilimsel çalışmalarda [geriye/ileriye yönelik araştırmalar, tez çalışmaları, araştırma/geliştirme çalışmaları, yurt içi ve yurt dışı bilimsel etkinlikler (sempozyum, kongre, panel vb.)] kullanılmasına, elektronik veya fiziksel ortamda saklanmasına ve bu verileri işleyen gerçek ve tüzel kişilerle paylaşılmasına 10 (On) yıl süreyle (Kendi el yazınız ile "izin veriyorum" yazınız VEYA aşağıda "izin vermiyorum" kutucuğunu işaretleyiniz)

İZİN VERİYORUM.

İZİN VERMİYORUM.

Bilgilendirme yapan Hekimin;

Adı :

Soyadı :

Tarih/Saat:

İmzası :

Hastanın;

T.C. Kimlik No:

Adı :

Soyadı :

Adresi :

İmzası :

Hastanın Yasal Temsilcisi;

Adı :

Soyadı :

Yakınlık Derecesi :

İmzası :