|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi** **Laminate Vener Kronlar Rıza Belgesi**  | Doküman No. | HHD.RB.35 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 1/3 |

Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikâyeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Formda ayrıca tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işlemi kabul etmek sizin kararınıza bağlıdır.

Hasta Adı Soyadı:

TC Kimlik No :

Doğum Tarihi :

Cinsiyeti :

Telefon :

E-Posta :

**ACİL DURUM VARLIĞINDA TEMASA GEÇİLECEK KİŞİ:**

Adı Soyadı :

Telefon :

|  |  |
| --- | --- |
| **TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ** |  |
|  |  |  | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |  |  |  |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|  |  |  | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |  |  |

PLANLANAN TEDAVİ:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ÖNERİLEN TEDAVİ

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi** **Laminate Vener Kronlar Rıza Belgesi**  | Doküman No. | HHD.FR.35 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 2/3 |

**Laminate (Lamina) Vener Kronlar**

Porselen laminate vener kronlar, genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı kalan, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan, çok ince porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla, örneğin dişin şeklini, pozisyonunu, rengini düzeltmek gibi, uygulanır. Dişin ön yüzünden 0.5 mm’den daha az ve mine seviyesi sınırlı kalmak kaydı ile madde kaldırılır. Dişin tamamının kaplandığı kronlara göre çok daha az diş yapısı kaldırılsa da, mineden aşındırma yapıldığında durum geri dönüşümsüzdür.

Tedaviden Beklenenler: Uygulanan dişlerde estetiğin düzeltilmesi ve düzenlenmesi (renk, şekil, pozisyon vb.), çok az diş dokusunun kaldırılarak, diş yapılarının korunması, metal içermeyen estetik malzemelerle (porselen, zirkon gibi), doğal dişe en yakın görünümün elde edilmesi.

 Önerilen Tedavi Uygulanmazsa: Dişin tümünün kesilmesini gerektiren kronlar (kaplamalar) yapılır.

**KARŞILAŞILABİLECEK PROBLEMLER VE RİSKLER**

* Dişin ön yüzünden yapılan aşındırmalar sonucu geçici bir süre ya da daimi olarak dişler hassas hale gelebilir. Dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti gelişebilir. Bazı durumlarda dişlere kanal tedavisi yapılması gerekebilir.
* Kullanım sırasında kırıklar ve çatlaklar oluşabilir. Bu durumda tamiri mümkün olmayabilir. Değiştirilmesi ya da tüm dişi kaplayan kronların yapılması gerekebilir.
* Doğal dişlerle tam bir renk uyumu sağlanmayabilir. Ayrıca belirli bir süre kullanımdan sonra renklerinde değişikler meydana gelebilir. Bu kronlar yapıştırılmadan önce renk, form ve estetik konusunda hekiminize onay vermeniz gerekir. Bir kere yapıştırıldıktan sonra bu kronlarda renkle ilgili değişiklik yapmak mümkün değildir. Bu protezler bazı durumlarda dişten ayrılabilir. Bu kronları hekiminizin önerileri doğrultusunda dikkatli kullanmanız gerekir. Diş gıcırdatma, diş sıkma, travma, kalem gibi yabancı cisim ısırma alışkanlıkları bu kronların dişten ayrılma riskini artırır. Tekrar yapıştırma işlemleri kullanılan yapıştırıcıların özel olması nedeniyle hastaya ek bir maliyet getirebilir.
* Laminate vener kronların uygulandığı ağız hijyeninize dikkat etmediğiniz, sağlıklı bir diyetle beslenmediğiniz, hekiminize düzenli kontrollere gelmediğiniz ve ağız hijyeninin sağlanmasında hekiminizin önerilerini dikkatli bir şekilde yerine getirmediğiniz taktirde, çürük ve dişeti hastalıkları meydana gelebilir.

**TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

 •Laminate venerlerin kullanımı ve ağız hijyeninin sağlanması ve devamlılığı konusunda hekiminizin uyarılarını çok dikkatli uygulamanız ve hekiminizin belirttiği aralıklarla kontrole gelmeniz gereklidir

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi** **Laminate Vener Kronlar Rıza Belgesi**  | Doküman No. | HHD.FR.35 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 3/3 |

**ONAY**

Tüm ağzımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme süre- cinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.

Teşhis ve tedavi esnasında;

• Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği,

• Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları,

• Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği,

• Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği,

• Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği,

Tarafıma açıklandı. **Rıza belgesinin bir nüshası tarafıma verilmiştir**.

**(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Rıza Belgesini; Okudum ve Anladım ve Kabul Ediyorum’ YAZARAK İMZALAYINIZ)**

**…………………………………………........…………………………………………………….......**

**...............................................................................................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İMZA** |
| **Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi** |  |  |  |
| **Bilgilendirmeyi Yapan Hekim** |  |  |  |
| **Tercüman (Kullanılması Halinde)** |  |  |  |