|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Pedodonti Anabilim Dalı Çocuklarda Diş Çekimi**  **İçin Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.29 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 1/1 |

Tarih:…………../………./……..

Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda………………………….’nın tedavi edilmesi ve/veya çekilmesi gereken dişleri olduğu belirlendi. Hastanın uyumsuz davranışları sebebiyle yapılacak olan cerrahi işlem sırasında meydana gelebilecek, enjektörün istenmeyen bölgelere batması, çekilen dişin akciğerlere kaçması veya yutulması komşu dişlerin ve dokuların hasar görmesi ve yanlış diş çekimi gibi istenmeyen durumların olabileceği hekimlerce tarafımıza anlatıldı. Yapılacak çekimin belirtilen risklerini anlamış ve bu şartlarda çekimin kliğinizdeki asistan, yardımcı doçent, doçent ve profesör unvanına sahip hekimlerin gözetiminde stajyer hekimlerce yapılmasını kabul etmiş bulunuyorum

**Yukarıda anlatılan işlemler mesai dışında uygulanacak ise bu işlemler ve SGK tarafından ödenmeyen işlemler için de ödeme yapmam gerektiği tarafıma açıklandı. Ücreti ödemeyi kabul ediyorum. Rıza belgesinin bir nüshası tarafıma verilmiştir.**

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

…………………………………………........……………………………………………………........................................................................…………………………………………………………………………………………

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