|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı**  **Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.02 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 1/2 |

Evrak No :

Hasta Adı Soyadı :

TC Kimlik No :

Telefon No :

Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Formda 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.

**TEDAVİ ve İŞLEMLER**

Aşağıda size verilen bilgileri okuyunuz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak teşhis ve tedavileri kabul etmiş olacaksınız.

Diş Hekiminin işlem öncesi ve sırasında genel tıbbi durumunuzu bilmesi hayati önem arz etmektedir. Lütfen aşağıdaki tabloda yer alan bir rahatsızlığınız var ise; kutucuklara çarpı ( X ) işareti koyunuz.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İlaç Alerjisi |  | Kalp-Damar Hast. |  |
| Tansiyon |  | Diabet |  |
| Kan hastalığı |  | Kanser Tedavisi |  |
| AIDS, Zührevi Hst. |  | Radyoterapi |  |
| Astım |  | Hepatit |  |
| Epilepsi |  | Böbrek Hast. |  |

**İşlemin Tanımı;** 14 yaş ve üstü kişilerin ilk muayenesini kapsar. Hastanın ağız içi ve baş-boyun bölgesi muayene edilir.

Radyolojik muayenesi de yapıldıktan sonra teşhis sonucuna göre tedavilerinizin yapılacağı kliniklere sevk edilirsiniz.

**İşlemin Kim tarafından ve Nerede Uygulanacağı;** Uygulama Öğretim Üyeleri tarafından klinikte yapılacaktır.

**İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar;** Hangi tedavilerin öncelikli olarak yapılması gerektiğine bu muayene sırasında karar verilir.

**RÖNTGEN ÇEKİMİ**

**İşlemi Kim, Nerede, Ne Şekilde, Nasıl Uygular:** Röntgen teknisyeni tarafından mevzuata uygun olarak yapılandırılmış röntgen biriminde uygulanır. Hastaya ve cihazlara uygun pozisyon verilir. Hastanın bu pozisyonu koruması istenir.

**İşlemden Beklenen Faydalar:** Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için gereklidir.

**Varsa İşlemin diğer tanı ve tedavi seçenekleri (alternatifi) ; bu seçeneklerin fayda ve riskleri ile hasta sağlığı üzerinde ki muhtemel etkileri:** İşlemin alternatif tedavi seçeneği yoktur.

**İşlemin Riskleri ve Muhtemel Komplikasyonları:** İşlem süresince minimum düzeyde radyasyona maruz kalınır. Hamilelik ve hamilelik şüphesi olan hastalarda acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez.

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı**  **Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.02 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 2/2 |

**Hastalığın Muhtemel Sebepleri ve Nasıl Seyredeceği:** Çekim sonrası filmler teknisyen tarafından kontrol edildikten sonra ilgili hekimin ekranına eş zamanlı olarak yansıtılacaktır.

**İşlemin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve risk sonuçları:** Teşhis konulması, tedavi planlaması ve tedavinin seyrini olumsuz etkiler. Fayda sağlanması mümkün değildir

**Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri:** Çekim esnasında hastalara gerekli olması durumunda koruyucu ekipmanlar (kurşun önlük, boyunluk vs.) kullanılarak çekim yapılır.

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.

**Yukarıda anlatılan işlemler mesai dışında uygulanacak ise bu işlemler için ve SGK tarafından ödenmeyen işlemler içinde 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)** |  |  |  |