|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Dental İmplant Tedavisi Bilgilendirilmiş**  **Hasta** **Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.04 |
| Yayın Tarihi | 17.07.2020 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 1/3 |

**Bilgilendirme**

Bu Formda sizin tıbbi ve diş tedavileriniz ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgileriniz yer almaktadır. Sizlere uygulanacak tedavi ve işlemler hakkında bu form ilgili doktorlar tarafından doldurulacaktır.Bununla birlikte tedavi planınız ile ilgili anlamadığınız bir durum olursa sizlerle ilgilenen doktorlardan yeniden sözlü olarak bilgilendiril-menizi talep edebilirsiniz.Bu form hastanemiz tarafından kayıt altında tutularak tedaviniz ile ilgili ileride doğabilecek sorunlarda çözüm üretme açısından faydalı ola-caktır.Tedaviniz ile ilgili işlemlerin faydalarını ve olası riskleri öğrendikten sonra tedaviye başlamadan arka sayfada yer alan hasta rıza belgesi kısmını imzalamanız gerekmektedir.

Ad/Soyad :

Yaş/Cinsiyet :

TC Kimlik No :

Cep Telefonu :

Adres :

1. **Protez Doktoru Bilgileri (Kaşe ve İmza)**
2. **Tedavi Planlaması, Protez Tipi ve Öngörülen Protez Aşaması Başlangıç Tarihi (Kaşe ve imza)**

**Cerrahi İşlemi Gerçekleştirecek Doktor Bilgileri ve Cerrahi Plan (Kaşe ve İmza)**

**A. Operasyon tarihi:**

**B. İyileşme başlığı değişim tarihi:**

tablo içeren bir resim

Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**C. Kullanılan implant markası:**

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Dental İmplant Tedavisi**  **Bilgilendirilmiş Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.04 |
| Yayın Tarihi | 17.07.2020 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 2/3 |

**İmplant tedavisi:** İmplantlar çene kemiği içerisine cerrahi olarak yerleştirilir. İmplant yerleştirilecek bölgede önce yumuşak doku üzerinde bir kesi yapılır. Kemik açığa çıkarılarak özel uçlar ile implant yuvası hazırlanır. Daha sonra implant çene kemiğinde açılan bu yuvaya yerleştirilir ve dişeti dikişlerle kapatılır. Genellikle 2-4 ay veya gerekli olduğu takdirde daha uzun süre iyileşmeye bırakılır. İyileşme döneminden sonra ikinci bir cerrahi işlem ile implantın üzeri açılır ve proteze destek olacak parçalar takılır. Bir sonraki aşama ise protez yapımıdır. Cerrahi öncesi kemiğin yüksek-lik, genişlik ve uygunluğunu tespit etmek için detaylı pek çok inceleme yapılmasına rağmen implantın yerleştirilmesi sırasında yetersiz veya düzensiz kemik şekli ile karşılaşılabilir. Böyle durumlarda kemik grefti uygulaması ve bazı ilave cerrahi işlemler gerekebilir. Kemik grefti veya ilave cerrahi işlemlerin uygulanması durumunda tahmin edilen tedavi süresi uzayabilir. İmplant tedavisinin başarısı pek çok faktöre bağlıdır. İmplant cerrahisi öncesi hastanın tüm periodon-tal tedavilerinin bitmiş olması ve hastanın iyi bir ağız bakımına sahip olması gerekir. Ayrıca implant tedavisinin başarısını azaltan hastaya ait bazı faktörler de vardır. Bunlara örnek olarak diyabet, aşırı alkol tüketimi, sigara, bazı ruhsal bozukluklar, kan hastalıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları, kortizon kullanımı ve radyasyon tedavisi veri-lebilir. Operasyon sonrası o bölgeye uygulanacak özenli ve uygun bakım, ağızdaki dişli bölgelerin fırçalanması, gargara yapılması ve doktorunuzun önerdiği tüm hijyen kurallarına uyulması tedavinin başarısı için çok ciddi bir önem taşır. **Olası cerrahi problemler:** Tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi, implant cerrahisinde de bazı komplikasyonlar oluşabilir. Bunlar; operasyon sonrası morarma, şişlik, kanama, enfeksiyon, ağzın açılmasında zorluk, dokularda hissizlik, karıncalanma ya da duyu değişiklikleridir. Bunun yanı sıra komşu dişte hasar, üst çenede sinüs ve burun tabanı zedelenmesi gibi riskler görülebilir. Yine ender karşılaşılan komplikasyonlara bağlı olarak implantın kemik ile birleşe-memesi nedeniyle çıkarılması gerekebilir.

**İmplant tedavisinin başarısız olması durumu**: İmplantın herhangi bir nedenle planlanan sayıdan az yapılması durumunda, uygulanmayan implant bedeli aynı gün içerisinde hastaya iade edilir. Protez yapılmadan önce implant kaybı oluşur ise, hastaya tekrar implant uygulaması yapılır. Bu aşamada başarısız olan implant garanti kapsamında değerlendirilir. Ancak, hasta cerrahi işlem bedellerini ödemeyi kabul eder. İmplant üstü protez yapımı işlemlerinden önce implant uygulaması yapılamayacak hallerde ise (hekim tarafından raporlanması kaydıyla) sadece implant ücreti hastaya iade edillir, alınan hizmet bedelleri

(cerrahi işlem, resmi kurum payları vb.) iade edilmez. Bu durumlar dışında hastaya hiçbir şekilde ücret iadesi yapılamaz. İmplant üstü protezin hastaya tesliminden itibaren 5 (beş) yıl içerisinde oluşabilecek implant kayıplarında implant garanti kapsamında değerlendirilir ve cerrahi işlem ücretleri alınmak kaydıyla kaybedilen implantin yerine yenisi uygulanır, implant uygulanamaması durumunda (hekim tarafından raporlanması kaydıyla) hasta herhangi bir hak talep edemez.

**ONAY:**

Tüm bu bilgilerin ışığında: Yapılacak bu tedavi ile hedeflenen amacın, çenemde diş kaybı sonucu oluşan problemi tedavi etmek ve çiğneme etkiliğimi arttırmak olduğunu anlamış bulunmaktayım.

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Dental İmplant Tedavisi**  **Bilgilendirilmiş Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.04 |
| Yayın Tarihi | 17.07.2020 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 3/3 |

* Bu tedavi uygulanmadığında diş kaybı olan bölgelerde çene kemiğimin hızla eriyebileceğini ve bunun gelecek yıllarda klasik total ve parsiyel protez kullanımında tutuculuk, fonksiyon ve estetik problemleri yaratabileceğini anlamış bulunmaktayım.
* Operasyon sonrası şişlik, ağrı, kanama ve morarma, ilave tedavi gerektiren enfeksiyon durumu, duyu sinirlerinin zarar görebilmesi ve bunun geçici/kalıcı hissizlik oluşturabilmesi, implantın çıkartılmasını gerektiren durumlar ile karşılaşılabileceğini anlamış bulunmaktayım.
* İmplant tedavisi sırasında öngörülmeyen durumların ortaya çıkabileceğini ve önceden planlanmış işlemlerin geniş-letilmesi ve değiştirilmesi gerekebileceğini anlamış bulunmaktayım.
* Ameliyat sonrası bakımın ve takibin dental implantların başarısında çok önemli olduğunu anlamış bulunmaktayım.
* Sağlık geçmişim, şu andaki genel sağlık durumum, daha önce tıbbi ve dental tedavilerim sırasında yaşadığım problemler hakkında vereceğim bilgilerin önemini anlamış bulunmaktayım
* İmplant uygulamasının başarısız olması durumundaki şartları anlamış bulunmaktayım.
* **Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) ilgili tedavilere yönelik olarak yayınladığı Uygulama Tebliği konusunda bilgi-lendirildim. Bu tedavinin cerrahi ve protetik aşamaları sırasında kullanılacak malzemeye yönelik olarak SGK’nın ödeme yapmadığı kalemlere ilişkin faturaların tarafımca ödenmesi gerektiği konusunda bilgilendirildim. Tedavim sırasında önceden kestirilemeyen değişiklikler nedeniyle kullanılması gerekebilecek ek giderlerin tarafımca karşılanöğreması gerektiği konusunda bilgilendirildim.**
* **İMPLANT TEDAVİSİ ve ÜCRETLENDİRMESİ ile İLGİLİ BU FORMU OKUYUP ANLADIĞIMI ve BÜTÜN SORULARIMIN CEVAPLANDIRILDIĞINI KABUL EDİYORUM. BU FORMUN HER SAYFASINDAKİ RIZAM ve AŞAĞIDAKİ İMZAM, İMPLANT ÜCRETİ ve YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN GEREKLİ OLAN CERRAHİ İŞLEMLERİN UYGULANMASINI KABUL ETTİĞİMİ BELGELEMEKTEDİR**. **RIZA BELGESİNİN BİR NÜSHASI TARAFIMA VERİLMİŞTİR.**

(**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)** |  |  |  |