|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****İmplant Cerrahisi Yapılacak/Yapılmış Olan Hastaların İş Akışı İçin**  **Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** **Eğitim Katılım Formu** | Doküman No. | HHD.RB.40 |
| Yayın Tarihi | 31.12.2021 |
| Revizyon Tarihi | 28.012.2022 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1/1 |

Ad Soyad :

T.C. Kimlik No:

Telefon No :

……../……../……… tarihinde yapılacak olan implant operasyonu ücretinin sadece cerrahi işlem masrafları ve implant malzeme ücreti olduğu konusunda bilgilendirildim. Bu ücretlere yaklaşık dört ay sonra yapılacak olan protez masraflarının dahil olmadığı konusunda bilgilendirildim.

 Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD’da yapılacak işlemlerin Protetik Diş Tedavisi AD’dan bağımsız olarak ilerleyeceği, implant ameliyatından sonra Protetik Diş Tedavisi AD ile ilgili oluşabilecek sorunların Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD’nın sorumluluğu altında olmadığı konusunda bilgilendirildim.

 Protezimi yapacak hekim ve implant markası operasyondan önce belirlendi.

 Daha sonra yapılacak üst yapının Alanya Alaaddin Keykubat Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde yapılması halinde ayrıca protez ücretini ödeyeceğimi beyan ederim. Bu Formdaki rızam ve aşağıdaki imzam implant ücreti ve yerleştirilmesi için gerekli olan cerrahi işlemlerin uygulanmasını kabul ettiğimi belgelemektedir.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)** |  |  |  |