

## ORTODONTİ MUAYENEHANESİ

### BİLGİLENDİRİLMİŞ COVID 19 ONAM FORMU

Dünyada ve ülkemizde görülen Covid 19 pandemisi sonrası sizlere yapılacak her tür girişim ya da tedavilerden önce bulaş riskini en aza indirmek için bazı soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Bu formda ki sorulara vereceğiniz cevaplar hem sizin hem de çevrenizde ki insanlar ya da size tedavide yardımcı olacak sağlık çalışanları açısından önemlidir.

Lütfen aşağıdaki soruları tam ve doğru olarak cevaplayınız.

1-Son 14 gün içerisinde ateşiniz 37,4 ya da üzerinde yükseldi mi?

Evet  Hayır

2- Son 14 gün içerisinde öksürük, solunum güçlüğü yaşadınız mı?

Evet  Hayır

3- Son 14 gün içerisinde kas ve eklem ağrılarınız oldu mu?

Evet  Hayır

5- Son 14 gün içerisinde tat ve koku alma kaybı yaşadınız mı?

Evet  Hayır

6- Son 14 gün içerisinde bu tür problemi olan yakınlarınız oldu mu?

Evet  Hayır

7- Son 14 gün içerisinde bu tür problemi olan bir kişiyle temasınız oldu mu?

Evet  Hayır

8- Son 14 gün içerisinde yurt dışında buldunuz mu ya da bulunan bir kişiyle temasınız oldu mu?

Evet  Hayır

Yukarda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu konuda herhangi bir noktayı saklamış veya beyan etmemekten kaynaklanacak sorumluluğun bana ait olduğunu kabul ediyorum

Ayrıca COVID 19 pandemisi bulaş yolları hakkında bilgilendirildim. Bulduğumuz klinik ortamında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmış bulunan zorunlu her türlü korunma ve dezenfeksiyon işlemlerinin ve ortam dezenfeksiyonu işlemlerinin yapıldığı bana anlatıldı. Her türlü gerekli önlemin alınmış olmasına rağmen, COVID – 19 virüsü ile mücadelede henüz tam



bir başarı şekli açıklanmadığı için her türlü şart altında bulaş riskinin hala var olduğunu anlamış bulunuyorum.

Aşağıda ve önceki sayfalarda bulunan imzalarım/ız bu sayfalarda bulunan tüm bilgileri okuduğum/uzu ve anladığımı/ızı onaylamaktadır ve bu sayfalarda bulunan bütün boşluklar imzalarım/ızdan önce doldurulmuştur.

YUKARIDA VERİLEN SORULARA CEVAPLARINIZDAN BİRİ EVET OLURSA AD VE SOYADINIZ İLE TC KİMLİK NUMARANIZ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE VEYA AİLE HEKİMİNİZE TELEFONLA BİLDİRİLECEKTİR Tedaviyi kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki yere el yazınız ile "okudum anladım kabul ediyorum" diye yazarak gerekli yerleri doldurup imzalar mısınız?

(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için velisi/yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Ebeveynin/Vasisinin Adı Soyadı:**

**T.C Numarası** .....

**T.C Numarası** .....

**Yakınlığı** .....

**Tarih:**...../...../.....

**Tarih:** :...../...../.....

**İmza:**.....

**İmza:**.....

**AİLE HEKİMİ TELEFONU:**