



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ORTODONTİK TEDAVİLER HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Başarılı bir Ortodontik tedavi, hastanın/hasta yakınının kendisine yapılacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması ile mümkündür. Ancak her ortodontik tedavinin sınırları ve olası riskleri vardır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz. Bu bilgiler doğrultusunda ortodontik tedaviyi kabul etmekte veya etmemekte serbestsiniz. Anlamadığınız veya sormak istediğiniz bir konu varsa lütfen doktorunuzdan bilgi alınız.

... Ortodontik Tedavi uzun süreli ve disiplin gerektiren bir tedavidir. İyi bir sonuç için hasta-hekim-aile iş birliği gereklidir.

... Tedavi başlangıcında teşhis amaçlı, tedavi süresince ve tedavi sonrasında- kontrol amaçlı olarak- diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş ve baş röntgenlerinin çekilmesi gereklidir. Tedavi sürecini daha net izleyebilmek için tedavi öncesi ve tedavi sırasında ağız içinden ve ağız dışından fotoğraf çekilmesi de gerekmektedir. Bazı ortodontik anomalilerin teşhis ve tedavisinde ileri tetkiklerin de istenmesi kaçınılmazdır.

... Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden ve/veya kimliğiniz anlaşılacak şekilde bilimsel nitelikteki yayınlarda ve muayene içi sunumlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve yasal makamların isteği dışında başkalarıyla paylaşılmayacaktır.

... Hasta hekimin öngördüğü tedaviyi sonuna kadar ve eksiksiz uygulamak zorundadır. Hastanın/ailenin iş birliği eksikliğinden ortaya çıkan uyum eksikliği durumunda ve bunun süregen olması durumunda hekim hastanın tedaviden fayda sağlayamayacağına karar verdiğinde tedaviye son verme hakkına sahiptir.

... Ortodontik Tedavinin sonuçlanmasında hastanın dokularının yapılan tedaviye bireysel cevabı önemli bir faktördür. Özellikle kemiği de içine alan "iskeletsel anomalilerde" gelişim çağındaki bireylerde gerekli büyüme desteği alınamaması halinde hedeflenen yapılanma gerçekleşemeyebilir. Bu durumda bireye zarar vermemek için hekim tedaviyi sonlandırabilir.

... Hastanın genel sağlık durumu ile ilgili olmak üzere herhangi bir sistemik hastalığın mevcudiyeti (kan hastalıkları, kemik hastalıkları, hormonal bozukluklar, allerjik hastalıklar vb) ortodontik tedaviyi etkileyebilir. Hastanın bu ve benzeri hastalıklarını ortodontik tedaviye başlamadan önce ve tedavi sırasında hastada oluşan sağlık durumu/tedavi ile ilgili değişiklikleri ortodonti hekimine bildirmesi gerekmektedir.

... Diş, çene ve yüz yapılarındaki bozuklukları biyolojik sınırlar içerisinde düzeltebilmek için uygulanan tedavinin şekline göre doktorunuzun belirlediği aralıklarla kontrol randevularına gelmeniz gerekmektedir.

... Ortodontik tedavi sadece estetik amaçlı dişlerin dizilmesi değildir. Ana hedef, iyi bir çiğneme fonksiyonu kazandırmak yanında, iyi görünen sağlıklı bir ağız, diş ve çene yapısına ulaşmaktır.

... Ortodontik tedavi sağlıklı dişlere uygulanır. Tedaviye başlamadan önce diş hekimine giderek tüm dişler muayene ettirilmeli, varsa çürük dişler tedavi edilmeli, gereken dişlere kanal tedavisi yapılmalı, diş fırçalama eğitimi verilmelidir. Dişlerini yeterince fırçalamayan hastaların tedavilerine başlanmaz. Hastanın ağız bakımı düzelince ve gerekli olan tedaviler yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye başlanır.



... Ortodontik tedavi aktif tedavi ve pekiştirme tedavisi olmak üzere birbirini takip eden iki aşamadan oluşur. Aktif tedavi ile dişlerdeki ve çenelerdeki bozukluklar düzeltilir. Pekiştirme tedavisi ile de sağlanan iyileşmenin kalıcı olması sağlanır. Size söylenen tedavi ücretleri her iki aşamayı da kapsar. Bu aşamaların süreleri her kişide bozukluğun şiddetine göre değişebilir.

... Tedavi planlı ve tüm kurallara uygun olarak yapılırsa bile, uygulamaların tüm sonuçlara ulaşması garanti edilemez. Çünkü, seçilen tedavinin sınırları, hasta –hekim-aile iş birliğinde yaşanan aksaklıklar ve hastaya özgü kimi faktörler (örneğin: genetik yapı, tedavi sırasında öngörülmesi mümkün olmayan büyüme-gelişme faktörleri, ağız ve diş dokularının ortodontik tedaviye verdiği yanıt, diş sıkma- diş gıcırdatma- v.b kötü alışkanlıklar) sonuçların garanti edilmesini mümkün kılmamaktadır.

SABİT ORTODONTİK TEDAVİ SÜRECİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR

Ortodontik tedavi sırasında yapılan tedavi safhaları ve kullanılan malzemeler çeşitlidir. Tedavi sırasında dişlerin üzerine tutucu parçalar (braket) yapıştırılıp bunların içinden teller geçirilmektedir. Gerekli olduğunda çene kemiğine yerleştirilen destek amaçlı vidalar; çeneyi genişleten vidalı aparatlar, metal yaylar, lastik zincirler vb. kullanılabilir. Bazen hasta tarafından takip çıkarılması gereken ağız dışı aygıtların (enselik/yüz maskesi gibi aygıtlar) veya ağız içi/dışı lastik halkaların kullanılması gerekebilir. Bunların kullanımları ile ilgili talimatlara ve hekiminizin önerilerine aynen uyulmalıdır.

Ortodontik tedaviler sırasında dişlerde geçici bir hassasiyet gelişebilir, dişetinde, dudakta, yanakta veya dilde küçük yaralar oluşabilir. Tedaviniz sırasında erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, apareyin kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Tedaviniz boyunca bu gibi gıdalardan uzak durmanız tedavinizin seyri bakımından çok önemlidir. Bu gibi durumlarda hekiminiz mutlaka bilgilendirilmeli ve hekimin önerilerine mutlaka uyulmalıdır. Size vereceğimiz broşürü dikkatle okuyunuz. Bu konuda bize yardımcı olacağınızı düşünüyor ve teşekkür ediyoruz.

Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, dişetlerinde iltihap, dişeti çekilmesi ve destek kemik kaybı oluşabilir. Ayrıca dişlerde asitli içeceklerin tüketimi ile artan, kalıcı mat beyaz lekeler gelişebilir. Bu problemler ortodontik tedavi görmeyen kişilerde de oluşabilir ama braket takılmış dişlerde daha da artar. Bu nedenle dişlerinizi ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak fırçalamalısınız. Ağız bakımını en iyi şekilde yapabilmek, sağlıklı dişlere ve dişetlerine sahip olabilmek için düzenli olarak diş hekimine kontrole gitmelisiniz. Kimi zaman iyi bakımlarda bile diş çevresindeki destek kemik dokusu çok ince ise kemik kaybına bağlı diş eti çekilmesi görülebilir.

Dişlerin biçim-boyut-konumlarındaki çeşitlilik, küçük dişler, eksik dişler veya anormal konumlanmış dişler nedeniyle ideal tedavi sonucuna (ör. çekim boşluklarının tamamen kapatılması) ulaşamayabilir. Bazen düzeltilen dişlerin dişetine yakın aralarında boşluklar görülebilmektedir. Bunlar için estetik dolgular, kron-köprü restorasyonları veya periodontal tedavi gibi destek tedaviler gerekebilir.

Ortodontik tedavi sırasında bazı dişlerin köklerinde kısılma meydana gelebilir. Genellikle kısılma miktarı azdır ve önemli bir sonuç doğurmaz. Şiddetli bir kısılma saptanırsa hekim ortodontik tedaviyi sonlandırabilir.

Tedavi sırasında bazı hassas bünyeli hastalarda, ortodontik tedavide kullanılan materyallerle karşı alerjik reaksiyonlar görülebilir. Böyle bir sorunla karşılaştığınızda en kısa sürede



kliniğimize haber vermeniz gerekir. Bu durumda tedavi planında değişiklik yapılması veya tedavinin durdurulması gerekebilir.

Dişlerde, ortodontik tedavinin bitiminden hemen sonra dişlerde pozisyonlarını değiştirme ve tedavinin başındaki ilk konumlarına geri dönme eğilimi söz konusudur. Bu nedenle aktif ortodontik tedavi biter bitmez "pekiştirme tedavisi"ne başlanmalıdır. Bu tedavide ya dişlerin iç tarafında sabit olarak bir tel yapıştırılır ya da hastanın takıp çıkarabileceği bir pekiştirme aygıtı kullanılır. Sabit pekiştirme apareyleri, hekiminizce aksi söylenmedikçe , dişlerin arkasında süresiz olarak kalmaktadır. Takıp çıkarılabilen pekiştirme aygıtının ise hekimin talimatlarına uygun olarak kullanılması tedavi sonucunun kalıcılığı açısından çok önemlidir. Takıp çıkartılan pekiştirme apareylerinin hekim tavsiyesine uyulmadan kullanılması sonucu dişlerin eski durumuna gelmesi kaçınılmazdır. Pekiştirme tedavisinin eksik uygulanması sonucu bozulan dişler ve ilişkiler yeniden bir ortodontik tedavi gerektirebilir. Bu durum tekrar ücretlendirilmeyi gerektirir.

Ortodontik tedavinin bitimini takiben ilerleyen dönemlerde de, çeşitli durumlarda dişlerin kapanışı olumsuz olarak etkilenebilir. Bu durumlara örnek olarak dişlerin, çenelerin ve dilin boyutunu belirleyen genetik etkiler, büyüme veya gelişimsel değişimler, ağız solunumu yapılması, dil itimi, parmak emme gibi ağız alışkanlıklarının devam etmesi, 20 yaş dişlerinin uygun olmayan çıkış baskıları verilebilir. Bunlar ortodontistin kontrolü dışında gelişebilen durumlardır ve ilave tedaviler gerektirebilir

Hastanın üst/alt çenesinde dişlerinin düzgünce sıralanabilmesi için yeterli yer bulunmaması durumunda başvurulan bir yöntemdir. Ağızdaki mevcut problemin giderilmesi için **ÇEKİMLİ ORTODONTİK TEDAVİ** yapılması gerekmektedir. Çekimli ortodontik tedavi hekiminizin tıbbi açıdan uygun gördüğü **dişlerin çekilmesi ile** yapılan bir tedavidir. Bu nedenle.....çeneninbölgesinden olmak üzere toplam.....adet.....Dişinin/ Dişlerin çekimi planlanmaktadır.

Diş çekimi ile elde edilen boşluklardan yer darlığının giderilmesi ve/veya dişlerin kapanışının düzeltilmesi için faydalanılacak ve bu boşluklar yukarıda bahsedilen istenmeyen durumlar ortaya çıkmadığı takdirde, tedavi sonunda diş dizisinin dışında duran dişlerin yerlerine alınması ile doldurulacaktır.

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| ORTODONTİK TEDAVİ | TARİH : |
| | ADI-SOYADI : |
| | DOĞUM TARİHİ : |
| | CİNSİYETİ : |

ACIKLAMA

ORTODONTİK TANI

Klinik ve radyolojik değerlendirmelerimiz sonucunda de saptadığımız ortodontik sorunlar aşağıda yer almaktadır.

.....
.....

ÖNERİLEN TEDAVİ

BU ortodontik sorunların giderilmesi için aşağıda belirtilen işlemlerin yapılması gerekmektedir.

TEDAVİ SÜRECİ

Hastamızaktif

ortodontik tedavisinin süresi yukarıda ayrıntılı bir şekilde açıklandığı gibi, hastadan hastaya değişmekle birlikte, yaklaşıkolarak tahmin edilmektedir.

Bu süreler yukarıda bahsedilen istenmeyen durumlar ortaya çıkmadığı ve hekim-hasta uyumu yukarıda bahsedildiği ideal şekilde gerçekleştiği durumlarda geçerlidir.

ORTODONTİK TEDAVİ SIRASINDA YAŞANABİLEN OLUMSUZLUKLAR

Ortodontik tedavi sırasında bazı olumsuzluklar oluşabilir.

- a) Dişlere uygulanan ortodontik kuvvet, bir hafta süreyle ağırlı diş hassasiyetine neden olabilir.
- b) Dişlerdeki metal, porselen veya akrilik ayıtlar geçici olarak yemek yeme, konuşma ve yutkuma gücünü yaratabilir.
- c) Dudak, yanak ve dilde yaralar oluşabilir.
- d) Ağız bakımı zorlaşabilir.
- e) Braket kopması, tel kırılması gibi istenmeyen durumlar oluşabilir.
- f) Braketin sıkça kopması, hem tedaviye hem de dişin mine tabakasına zarar verebilir.
- g) Kök uçlarında erime (rezorpsiyon) oluşabilir.
- h) Diş sinirinde zedelenme sonucu kanal tedavisi gerekebilir.
- i) Diş çevresindeki destek kemik dokusu çok ince ise kemik kaybına bağlı diş eti çekilmesi görülebilir.

★ **Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde;** çürük, kalıcı beyaz lekeler ve diş etlerinde iltahap oluşabilir. Diş eti iltahabı zamanla kırmızı renk değişikliğine, kanamaya ve diş eti büyümesine yol açar. **Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır.**

Dişlere yapıştırılan sabit tellerin zarar görmemesi ve kırılmaması için hekiminizin vereceği yasak listesine tedavi bitene kadar uymanız gerekmektedir.

HASTANIN BEYANI



Ben/ Velisi/Ebeveyni/Vasisi olduğum oğlum/kızım
(için), Dr..... muayenehanesinde önerilen ortodontik tedavi ile ilgili ağız içerisinde ve dişlerdeki mevcut problemlerin neler olduğu, tedavisinin neden gerektiği, ortodontik tedavi sırasında ve sonrasında olabilecek değişiklikler ve karşılaşılabilecek olası problemler **bana aktarıldığı gibi**, ben de formdan okudum. Diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildim. Ortodontik tedavi ile ilgili bir sorun ile karşılaştığım/ızda, ortodontik yardıma nasıl ulaşılacağı **bilgisi verildi**. Çalışma saatleri içerisinde doktorlarımızı ve muayenehaneyi..... ve numaralı telefonlardan arayabileceğimi **biliorum**.

Yapılacak girişimler ve ortodontik tedavi ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim her şeyle ilgili olarak formu okuduktan sonra **soru sormam/ız için yeterli zaman ve fırsat verildi** ve bu konuda tatmin edici **yanıtlar aldım**. Uygulanacak işlemlerin ve ortodontik tedavinin ağız,diş sağlığı ve görünümümün daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığını ancak her hasta için ayrı bir "en iyi sonuç" olduğunu **kabul ediyorum**. Tedavi olmam konusunda zorlayıcı bir davranışla **karşılaşmış değilim**. Eğer tedavi olmayı istemezsem veya tedaviye başladıktan sonra tedaviyi yarım bırakmam durumunda olası gelişmeler ve riskler **bana anlatıldı**.

Bana anlatılan ortodontik tanının anlatımını, önerilen ortodontik tedavi şeklini, bu tedavi için bana açıklanan tedavi ücretini ve ödeme koşullarını ve ortodontik tedavinin olası risklerini tamamen **anladım**. Bu formun tüm sayfalarını okudum ve dikkat etmem gereken konuları tamamen **anladım**. Hekimim tarafından karar verme sürecine katılmam için **bilgiler sunuldu** Okuduğum ve bana anlatılan kurallara uymadığım zaman uygulanacak olan tedavinin gecikeceğini ve başarısız olacağını **kabul ediyorum**. Tedavinin başarısız olması halinde tedaviyi yapan doktorlarımdan maddi ve manevi tazminat talebinde bulunmayacağım gibi doktorumun herhangi bir cezai sorumluluğu olmayacağını da **kabul ediyorum**. Tedavi sırasında eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekilmesini **kabul ediyor ve -kimlik bilgilerim/tanıtıcı görsel materyallerin verilmeden- tedavi kayıtlarımın eğitim ve bilimsel yayın için kullanılmasına izin veriyorum**.

Ayrıca tedavi sonrası pekiştirme tedavisi amacıyla uygulanan hareketli ve/veya sabit pekiştirme **tedavileri hakkında bana ayrıntılı olarak bilgi verilmiştir**. Tarafımdan oluşabilecek her türlü aksaklık (hareketli apareylerimin bilgilendirildiğim şekilde kullanılmaması veya hiç takılmaması veya yenmemesi gereken yiyeceklerin yenilmesi sonucu sabit pekiştirme telimin kopması ve bunun doktorlarıma zamanında bildirilmemesi vb.) durumunda itirazsız olarak her türlü sorumluluğun kendime ait olduğunu **beyan ve kabul ediyor** ve böyle bir durum sonucunda uygulanacak işlemler için gerekli olan ücreti ödeyeceğimi **taahhüt ediyorum**.

Ben / velisi olduğum çocuğum / vasisi olduğum
hekimim tarafından uygun görülen ve önceki sayfalarda bana yapılan tüm açıklamalar doğrultusunda **(çekimli)** ortodontik tedavimin yapılmasını **seçiyor, istiyorum ve onaylıyorum**.

Yukardaki boş satıra "okudum, anladım, kabul ediyorum" diye kendi el yazınız ile yazmanızı ve alttaki bölümleri doldurmanızı ve imzalamanızı rica ediyoruz

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.



Hastanın Adı – Soyadı :

Hastanın Ebeveyn/Velisinin Adı – Soyadı :

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

T.C Numarası

T.C Numarası

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

Yakınlığı

İmzası.....

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

İmzası :

Katılımcı ile Görüşen Doktorun:

Adı Soyadı :

Adresi/Tel:.....

İmza :

BU ONAM ALTI SAYFA VE İKİ NÜSHA OLARAK HAZIRLANMIŞ VE BİR NÜSHASI HASTAYA VERİLMİŞTİR.