



## 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 işbirliği 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/ailesinin iş birliği eksikliğinden ortaya çıkan uyum eksikliği durumunda ve bunun süregelen 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 işbirliğinde 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.

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 takip çıkarılabileceği 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.

## **HAREKETLİ ORTODONTİK TEDAVİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER VE YAŞANABİLEN OLUMSUZLUKLAR**

Hareketli apareyinizin tipine bağlı olarak tüm gün, gece kullanım veya yemeklerde çıkarma gerekebilir. Doktorunuz en uygun kullanım şeklini size açıklayacaktır.

Hareketli apareylerin elemanları dişlerinize yerleştirildiğinde ilk bir hafta sızı olabilir ve günlük çiğneme fonksiyonlarınızı etkileyebilir. Ayrıca randevularda tellerin aktivasyonu sonucu dişlerinizde hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Vidalı bir aparey söz konusu ise vidanın her çevrilmesi sonucu dişlerinizde oluşacak basınç hissi normaldir ve 1-2 gün içinde azalıp kaybolacaktır. Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda hekiminize telefonla başvurunuz.

Apareyin takıldığı ilk gün konuşmanızda bozukluk oluşabilir. Bu durum en fazla 1 hafta süren geçici bir dönemdir. Bu zaman diliminde sesli olarak bir şey okunması ve bol bol konuşulması bu süreci kısaltacaktır. Apareyin takıldığı ilk birkaç gün tükürük salgınızdaki artma ve dışarı tükürme isteği normaldir. Apareyinizi kullanmaya devam ediniz.

Tedavi boyunca ağız temizliğine dikkat edilmez, dişler düzenli bir şekilde fırçalanmazsa dişlerde renk değişiklikleri, izler ve çürükler oluşabilmektedir.



Dişetlerinizin ve yumuşak dokularınızın (dişeti, damak, dudak) sağlığı açısından önemlidir. Uygun temizlik yapılmadığında yumuşak doku irritasyonları ve çeşitli enfeksiyonlar gözlenebilir. Bu nedenle her yemekten sonra dişlerinizle birlikte aпаратыnizi akrilik kısmından tutarak hekiminizin önerdiği şekilde fırçalamanız gerekir. Bununla birlikte bu aпаратыleri kullanırken bazen ağız içinde yaralar oluşabilir. Böyle bir durumla karşılaşırsanız bize başvurmanız halinde bu yaralara neden olan kısımlar düzeltilir

Uygulanan hareketli aпаратыler akril denen bir maddeden yapılmaktadır. Çok nadir de olsa bu maddeye karşı alerji gelişebilir. Bu durumda hemen doktorunuza başvurunuz.

Hareketli aпараты kullanımı sırasında erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, aпаратыn kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Tedaviniz boyunca bu gibi gıdalardan uzak durmanız tedavinizin seyri bakımından çok önemlidir. Bu konuda bize yardımcı olacağınızı düşünüyor ve teşekkür ediyoruz.

<b>ORTODONTİK TEDAVİ</b>	<b>TARİH</b> :
	<b>ADI-SOYADI</b> :
	<b>DOĞUM TARİHİ</b> :
	<b>CİNSİYETİ</b> :

### **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**

Hastamız .....aktif

ortodontik tedavisinin süresi yukarıda ayrıntılı bir şekilde açıklandığı gibi, hastadan hastaya

değişmekle birlikte, yaklaşık .....olarak tahmin edilmektedir.

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

Ortodontik tedavi sırasında bazı olumsuzluklar oluşabilir.

- a) Dişlere uygulanan ortodontik kuvvet, bir hafta süreyle ağırlı diş hassasiyetine neden olabilir.
- b) Apeylerdeki metal veya akrilik ayıtlar geçici olarak yemek yeme, konuşma ve yutkuma güçlüğü yaratabilir.
- c) Dudak, yanak ve dilde yaralar oluşabilir.
- d) Ağız bakımı zorlaşabilir.
- e) Kök uçlarında erime (rezorpsiyon) oluşabilir.
- f) Diş sinirinde zedelenme sonucu kanal tedavisi gerekebilir.
- g) 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.**

Apeylerinizin 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 apareyerimin 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 ediyorum** 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 :



SERBEST ORTODONTİSTLER DERNEĞİ

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