

İKİ AŞAMALI ORTODONTİK TEDAVİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

BU FORM, "HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ VE BİYOTIP SÖZLEŞMESİ" BAŞTA OLMAK ÜZERE DİĞER MEVZUATTA BELİRTİLEN BİLGİLENDİRME AYRINTILI OLARAK SÖZLÜ ŞEKİLDE YAPILDIKTAN SONRA HASTANIN (VEYA VELİSİNİN/VASİSİNİN) YAPILACAK MÜDAHALEYİ İSTEMESİ ÜZERİNE DÜZENLENMİŞTİR.

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 tedaviyi kabul etmekte veya etmemekte serbestsiniz. Anlamadığınız veya sormak istediğiniz bir konu varsa lütfen bizlerden bilgi alınız. Aklınıza takılan konularda tekrar açıklama isteyebilirsiniz. Dilerseniz başka hekimlerden görüş alabilirsiniz.. İnternet v.b. kaynaklardan da araştırma yaparak bilgi edinebilirsiniz.

BİLGİLENDİRMENİN İÇERİĞİ

Mevcut ortodontik sorunlarınıza uygun olabilecek ortodontik tedavi için önemli olan hususlar aşağıda belirtilmiştir. Kabul etmeniz halinde tedaviniz, Dr.....tarafından yürütülecektir.

ORTODONTİK SORUNLARIN MUHTEMEL NEDENLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ

Yapılan muayene sonucu dişlerinizde/çene yapınızda mevcut şekil ve ilişki bozukluğu nedeniyle, dişlerinizden bazılarının çekilerek/diş araları aşındırılarak/çeneler genişletilerek (gerekli olanları seçiniz) uygulanacak ortodontik tedavi ile çene ve diş yapınızda mevcut olan ve çiğneme/konuşma bozukluğu yapan/yapabilecek olan sağlık sorununuza müdahale edilebileceği anlaşılmıştır.

Bu doğuştan/sonradan meydana gelen bir sağlık sorunu olup, uygun şekilde tedavi edilmez ise diş ve diş etlerinde normal bireylere göre daha fazla sağlık sorunu (diş eti iltihabı,v.b.) (hastanın başka bir neden ile olası sağlık sorunu var ise lütfen yazınız) (gerekli olanları seçinizi) oluşturması mümkündür.

Sizlere bu problemlerin çözümü için, rızanız doğrultusunda tedavi uygulanacaktır. Tarafınıza uygulanacak ortodontik tedaviler hakkında aşağıda, hasta hakları yönetmeliği ilgili maddesi çerçevesinde, yasal yükümlülüğümüz olan, başarılı bir ortodontik tedavi için sahip olunması gereken bilgilendirmeyi sunuyoruz.

BİLGİLENDİRMENİN İÇERİĞİ

-----TEDAVİSİ İÇİN İKİ AŞAMALI BİR ORTODONTİK TEDAVİ PLANLANMIŞTIR. BU, UYGULANILMASI DÜŞÜNÜLEN TÜM ORTODONTİK TEDAVİLERİN İKİ AYRI ZAMAN DİLİMİNDE GERÇEKLEŞTİRİLECEĞİ VE DAHA UZUN BİR SÜREYİ KAPSAYACAĞI ANLAMINA GELMEKTEDİR

MEVCUT ORTODONTİK SORUNLARINIZA UYGUN OLABİLECEK ORTODONTİK TEDAVİ İÇİN ÖNEMLİ OLAN HUSUSLAR AŞAĞIDA BELİRTİLMİŞTİR. KABUL ETMENİZ HALİNDE TEDAVİNİZ, Dr..... TARAFINDAN YÜRÜTÜLECEKTİR.

BİRİNCİ AŞAMA ORTODONTİK TEDAVİLER HAKKINDA GENEL BİLGİLER RİSKLER, SEÇENEKLER, HASTA SORUMLULUKLARI

“Birinci Aşama Ortodontik Tedaviler” (aynı zamanda “Önleyici Tedaviler” veya “Durdurucu Tedaviler” olarak da adlandırılırlar) ağızda gelişmekte olan problemleri önlemeyi, durdurmayı, nedenlerini ortadan kaldırmayı, yüz ve çene kemiklerinin büyümesine rehberlik etmeyi ve sürece daimi dişler için uygun aralıklar sağlamayı hedefler. Bu tedaviler hareketli ve/veya sabit apareyler ile yapılabilir. Kimi kez, daha ciddi ortodontik problemi olan hastalarda birbirini takip edecek şekilde hem hareketli hem de sabit apareyler uygulanmaktadır. **“Birinci Aşama Ortodontik Tedaviler”** sonrasında bir **“ara dönem”e, “kontrol dönemi”ne** girilir.

“Birinci Aşama Ortodontik Tedaviler” sonucunda elde edilmiş dişlerin ve diş arklarının pozisyonlarını sabit veya hareketli pekiştirme apareyleri ile korumak, beklenen daimi dişlerin sürme kontrollerini yaparak en doğru yerlerde çıkmalarına rehberlik etmek bu **“ara dönem”in** işlemlerindendir. Bu dönemde hastalar her 3-6 ayda bir kliniğimizde kontrol edilir. Bu kontrol sürecinde **“İkinci Aşama Ortodontik Tedavi”**ye ne zaman geçileceğine ortodonti uzmanı karar verir. Eğer uygun ise, ağızdaki apareyler çıkartılmadan doğrudan ikinci aşamaya geçilebilir.

“Birinci Aşama Ortodontik Tedavi”ler, aktif tedavi ve ulaşılan sonucun bozulmaması için sürdürülen pekiştirme safhası olmak üzere birbirini takip eden iki ayrı aşamadan oluşur. Bu aşamaların süreleri her kişide değişebilir.

Pekiştirme tedavisinde ya dişlerin iç tarafında sabit olarak bir tel yapıştırılır ya da hastanın takip çıkarabileceği bir pekiştirme aygıtı kullanılır. Sabit pekiştirme apareyleri, size aksi söylenmedikçe **“İkinci Aşama Ortodontik Tedavi”** başlayıncaya kadar kalmaktadır. Takip çıkarılabilen pekiştirme aygıtının ise hekimin talimatlarına uygun olarak kullanılması ulaşılan sonucun kalıcılığı açısından çok önemlidir. Takip çıkartılan pekiştirme apareylerinin bu talimatlara uyulmadan kullanılması sonucu dişlerin eski durumuna gelmesi mümkündür. Sabit pekiştirme aygıtı da dişlerde istenmeyen hareketlerin olmasını kesin olarak önleyemeyebilir. Bu durum yapıştırıcının kopması veya zamanla aşınması nedeniyle veya pekiştirme telinin sert yiyecekler ile şeklinin bozulması sonucu olabilir. Bu gibi istenmeyen durumlar sonucu pekiştirme telinin ucu dil üzerine yaralanmaya neden olabilir. Bu durumları önlemek için doktorunuzun verdiği ara kontrollere mutlaka gelmelisiniz. Ayrıca bu ara safha döneminde dişlerde bir bozulma fark edildiği anda veya istenmeyen bir durum oluştuğunda hekimden mutlaka yeni randevu alınmalıdır.

“Birinci Aşama Ortodontik Tedavi”nin 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 ve/veya devreye girmesi sayılabilir.

“Birinci Aşama Ortodontik Tedaviler”i gerek görüldüğü halde yapmamak, tedaviyi tüm dişlerin tamamını çıkmasından sonraya ertelemek ve erken müdahale şansını kaçırmak, ilerde daha uzun, daha ağır ve sonucun başarısı açısından daha riskli bir ortodontik tedavi demek olabilir. İki aşamalı ortodontik tedavinin başarısı, hastanın tedaviye ve gerekenlere uyumu,

randevulara devamı, iyi bir ağız hijyeninin sağlanması, apareylerin doğru ve önerildiği gibi kullanılması gibi tüm talimatlara uyulması ile mümkündür.

ORTODONTİK TANI

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

.....

.....

.....

.....

"BİRİNCİ AŞAMA ORTODONTİK TEDAVİLER" İÇİN ÖNERİLEN İŞLEMLER

.....

.....

.....

.....

.....

TEDAVİ SÜRESİ

Hastamız "**Birinci Aşama Ortodontik Tedavi**" sinin süresi yukarda ayrıntılı bir şekilde açıklandığı gibi, hastadan hastaya değişmekle birlikte, yaklaşıkolarak tahmin edilmektedir. Bu aşamayı takip eden "**İkinci Aşama Ortodontik Tedavi**" için her türlü ayrıntı zamanı gelince yeniden size sunulacaktır. Bu yaklaşık süreler yukarda bahsedilen istenmeyen durumlar ortaya çıkmadığı ve hekim-hasta uyumu yukarda bahsedildiği ideal şekilde gerçekleştiği durumlarda geçerlidir.

HASTANIN RIZA BEYANI

Ben/ Velisi/Ebeveyni/Vasisi olduğum oğlum/kızım (için), Ortodonti Uzmanı Dr.....tarafından önerilen ortodontik tedavi ile ilgili ağız içerisinde ve dişlerdeki mevcut problemlerin neler olduğu, muhtemel sebepleri, tedavisinin neden gerektiği, "**Birinci Aşama Ortodontik Tedavi**" sırasında ve sonrasında olabilecek değişiklikler ve karşılaşılabilecek olası problemler **bana sözlü olarak anlatıldığı gib**, ben, bana verilmiş olan formdan da okudum. Diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildim. dilersem başka hekimlerden ve kaynaklardan da bilgi alabileceğim söylendi. Ortodontik tedavimin kimler tarafından yapılacağını öğrendim. Ortodontik tedavi ile ilgili bir sorun ile karşılaştığım/ızda, ortodontik yardıma nasıl ulaşılacağı **bilgisi verildi**. Çalışma saatleri

içerisinde doktorlarımızı ve muayenehaneyive
..... numaralı telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Yapılacak girişimler ve **“Birinci Aşama Ortodontik Tedaviler”** 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**. Ayrıca aklıma gelebilecek tüm soruları da yöneltebileceğim ve ayrıntılı açıklama yapılacağı iletildi. Uygulanacak işlemlerin ve **“Birinci Aşama Ortodontik Tedaviler”**’in ağız, diş sağlığı ve görünümümün daha iyiye götürmek amacıyla yapıldığını ancak ulaşılabilecek en son noktaya **“İkinci Aşama Ortodontik Tedaviler”** sonucunda ulaşılabileceğini ve her durumda, her hasta için ayrı bir “en iyi sonuç” olduğunu **kabul ediyorum**. Diş görünüşünün istenildiği gibi olmayabileceği, hekimlerimin bana bu konuda herhangi bir vaatte bulunmadığı, tedavi sonrasında dişlerde farklı nedenlerden dolayı oluşabilecek görüntü bozukluklarından hekimlerimin sorumlu olmayacağı bana anlatıldı ve tarafımdan kabul edildi. Tedavi olmam konusunda zorlayıcı bir davranışla **karşılaşmış değilim**. Eğer tedavi olmayı istemezsem veya tedaviye başladıktan sonra tedaviyi yarım bırakırsam olası gelişmeler ve riskler **bana anlatıldı**. Tedavi sırasında bana önerilebilecek ilaçların prospektüslerini okumadan kullanmamam gerektiği bana anlatıldı ve tarafımda da onaylandı.

Bana anlatılan ortodontik tanının anlatımını, önerilen ortodontik tedavi şeklini, bu tedavi için bana açıklanan tedavi ücretini ve ödeme koşullarını ve ortodontik tedavinin olası risklerini, tedavi sırasında oluşabilecek tüm istenmeyen durumları ve tedavi sonrasında oluşabilecek gelişim değişikliklerini tamamen **anladım**. Bunların yönetimi konusunda bütün bilgilendirilmelerin doktorlarım tarafından yapılmasından dolayı, bunlardan doktorlarımın sorumlu olmadığını beyan ve kabul ederim. Bu formun tüm sayfalarını okudum ve dikkat etmem gereken konuları tamamen **anladım**. Hekimim tarafından karar verme sürecine katılmam için **bilgiler sunuldu**. Ortodontik tedavim süresince sağlığım için kritik olan yaşam tarzı önerileri bana sunuldu. Okuduğum ve bana anlatılan kurallara uymadığım zaman uygulanacak olan tedavinin gecikeceğini ve arzu edilen sonuca ulaşmayacağını **kabul ediyorum**. Bu durumda, tedaviyi yapan doktorumdan 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 “Birinci Aşama Ortodontik Tedavi” sonrası pekiştirme tedavisi amacıyla uygulanan hareketli ve/veya sabit **pekiştirme aygıtları hakkında bana ayrıntılı olarak bilgi verilmiştir**. Tarafımdan oluşabilecek her türlü aksaklık örneğin: hareketli apareylerimin bilgilendirildiğim şekilde kullanılmaması, hiç takılmaması veya yenmemesi gereken yiyeceklerin yenilmesi sonucu sabit pekiştirme telimin ve dişe yapıştırılan malzemelerin kopması, 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**.

“Birinci Aşama ve İkinci Aşama Ortodontik Tedavi ücretlerinin ayrı ayrı hesaplandığını, , **“İkinci Aşama Ortodontik Tedavi”** ayrıntılarının ve ücretinin bize ayrıca sunulacağını anladım ve kabul ediyorum.

Yapılan bilgilendirmeler ve aydınlatmalar doğrultusunda hasta hakları yönetmeliği ilgili maddeleri uyarınca velisi olduğum çocuğum/vasisi olduğum’un Dr tarafından uygun görülen ve önceki sayfalarda bana yapılan açıklamalar çerçevesinde ortodontik tedavinin yapılmasını seçiyor, istiyorum ve onaylıyorum

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. Bu sayfaların imzalı birer kopyası bana verilmiştir.

AŞAĞIDAKİ BOŞ SATIRLARA “OKUDUM, ANLADIM, RIZA VERİYOR VE KABUL EDİYORUM” DİYE KENDİ EL YAZINIZ İLE YAZMANIZI, ALTINDAKİ BÖLÜMLERİ DOLDURMANIZI VE İMZALAMANIZI RİCA EDİYORUZ

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

Hastanın Adı – Soyadı:

Hastanın Velisinin / Vasisinin Adı–Soyadı:

.....

Yakınlığı.....

T.C Numarası

T.C Numarası

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

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

İmzası.....

İmzası:

Katılımcı ile Görüşen Doktorun Adı Soyadı:.....

İmzası.....