



## TEDAVİSİ BİTEN HASTA AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben.....

Dr. ....'nın muayenehanesinde ...../...../.....ve ...../...../..... tarihleri arasında görmüş olduğum ortodontik tedavi sonrası pekiştirme tedavisi amacıyla uygulanan hareketli ve 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 ediyorum ve böyle bir durum sonucunda uygulanacak işlemler için gerekli olan ücreti peşin olarak ödeyeceğimi taahhüt ediyorum.

**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 TEK SAYFA VE İKİ NÜSHA OLARAK HAZIRLANMIŞ VE BİR NÜSHASI HASTAYA VERİLMİŞTİR.**