

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ORTODONTİK TEDAVİ (TEL TEDAVİSİ) AYDINLATILMIŞ VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.30	Yayın tarihi Haziran 2015	Revizyon No 03	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/4

Sayın Hasta / Kanuni temsilcisi;

Bu **RIZA** (Onam) formunun amacı; Tedaviniz için uygulanacak tüm işlemler/uygulamalar sırasında, karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi belgelemek, sizden Onay alıp, imza altına alınmasıdır.

• Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

• Tedaviye başlamadan önce, geçirmiş olduğunuz, sistemik, bulaşıcı hastalıklar veya alerjinizin olup olmadığı hususların hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir;

• Tüm tedavilerin başarı oranı çok yüksek olmasına rağmen garanti edilemeyeceği, dolayısıyla tedavi edilen dişlerin çekimin gerekebileceği, ileriki dönemlerde tedavinin ve hastalığın tekrarlayabileceği bilinmelidir.

• Tedavi sırasında ve sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Bunların kullanım süreleri, kullanım şekilleri hekimin belirttiği şekilde uygulanmalıdır. İlaçların yan etkileri durumunda da hasta hekimine başvurulmalıdır.

• Tedaviniz sırasında ağrı ve acı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) anestezi gerekebilir.

İşlem yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Etkisi 1-2 saat sürebilir. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi maddeye alerji olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce ve hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir. Eğer uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyar ve tedavi gerçekleştirilemeyebilir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra belli bir süre yeme içme ve çiğneme yapmayınız. Tedaviye başlamadan önce anestezi sırasında yaşadıkları bir olumsuzluk varsa belirtiniz.

• Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

• Gerektiğinde tıbbi yardıma ulaşmak için 0 332 223 1174 telefondan tedavi/işlem yaptırdığınız kliniğe dahili numaralardan ulaşabilirsiniz.

• Bu form iki nüsha düzenlenir, bir nüshası hastaya verilir. Onayınızdan sonra da olsa işlem başlanmamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.

• Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Hastanemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizdeki Bize Yazın bölümünden bize iletebilir, SABİM-CİMER-HASTA HAKLARI kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

Tanınız / Ön tanınız:	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6
1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3
	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7

İşlemin Tanımı; Ortodontik tedavi (tel tedavisi)

İşlemin Kim tarafından ve Nerede Uygulanacağı; ; Uygulama Araştırma Görevlileri ve Öğretim Görevlileri tarafından klinikte yapılacaktır.

İşlemden Beklenen Faydalar; Çenelerin, dişlerin, yumuşak dokuların fonksiyonel ve estetik olarak tedavi edilmesi amaçlanır.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar; Braketler ilk yerleştirildiklerinde ve seanslar arasında ortodontik teller brakete uyumlandırıldıklarında rahatsızlığa sebep olabilirler. İlk 3-4 gün ısırma sırasında hassasiyet meydana gelebilir. Braketlere adapte olana kadar ilk birkaç hafta dudak, yanak ve dilde iritasyon/yaralanma olabilir. Bazı apareyler ilk birkaç gün konuşma güçlüğü meydana getirebilir. Apareylerin hasar görmesi, braketlerin kırılması tedavi süresini uzatabilir ve sonuçları olumsuz etkileyebilir. Ortodontik apareylerin etrafındaki besin artıkları ve buna bağlı olarak dişler üzerindeki plak oluşumu; diş minesinin çözünmesine, diş çürüklerine, dişeti hastalıkları, dişlerde canlılık kaybı ve dişler üzerinde geri dönüşümü olmayan hasarlara sebep olabilir. Düzenli randevularına gelmeyen hastalarda dişe uygulanan kuvvetlerin periyodik olarak hekiminiz tarafından ayarlanamaması sonucu dişlerde ve alveol kemiklerinde erime (rezorpsiyon) meydana gelebilmektedir.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ORTODONTİK TEDAVİ (TEL TEDAVİSİ) AYDINLATILMIŞ VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.30	Yayın tarihi Haziran 2015	Revizyon No 03	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/4

Bu durumlar hastanın ağız hijyenine yeterli özeni göstermemesinden kaynaklanacağı gibi, bireysel yatkınlık

, dişlerin anatomik yapılarındaki olumsuzluklar ve apareylerin yanlış kullanımı ile oluşabilir. Vakaya göre tedavi esnasında kullanılabilecek olan elastikler, yaylar, mini vidalar, sabit apareyler gibi mekaniklerin yan etki ve komplikasyonları da yukarıda anlatıldığı gibidir.

İşlemin Tahmini Süresi; Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama randevu sıklığı 4 haftada birdir. Ortodontik tedavi süresi maloklüzyonun durumuna göre 1 ila 4 yıl arasında değişmektedir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar; Mevcut maloklüzyonun durumuna göre değişiklik göstermekle birlikte; dişlerdeki çapraşıklıklar sonucu ağız temizliği tam olarak yapılamaz; dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar, dişeti büyümeleri ve kanamalar ile ağız kokusu oluşabilir. Çene ilişkilerinde uyumsuzluk olan hastalarda konuşma, yutkunma, çiğneme gibi fonksiyonel hareketlerdeki yetersizlik tedavi edilememiş olur.

Alternatifi: Alternatif bir tedavi yoktur.

Başarılı bir ortodontik tedavi için hastanın kendisine yapılacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Ortodontik tedavi gönüllülük esasına dayalıdır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığını iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızın sağlanmasıdır. Bu nedenle lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve anlamadığınız konularda hekiminizden bilgi alınız. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra tedaviyi onaylarsanız formu imzalayınız.

GENEL BİLGİLENDİRME

1. Sosyal güvenlik kurumu (SGK) sağlık uygulama tebliğinde (SUT) yer alan 2.4.1 nolu diş tedavileri bölümünün 4. Maddesine göre **"18 yaşını doldurmuş kişilerin ortodontik diş tedavilerine ilişkin giderler kurumca ödenmez."**

Hasta tedavi ücretini kendisi karşılayacaktır. 18 yaş altında olan hastaların icon indeksi 43'ün altında olduğu zaman tedavi ücretini kendileri karşılayacaktır. SGK (SUT) Birim fiyatlarına artış yaptığı zaman en son ücret ne ise hastalar bu ücreti ödeyeceklerdir. Ücret iadesi kesinlikle yapılmayacaktır. Kurumca ortodontik tedavi bedellerinin ödemesi; "Başlangıç aşaması (hastanın ortodontik tanı ve tedavi planlaması yapıldıktan sonra ortodontik tedaviye alınarak tedavi mekaniklerinin uygulanması)", "Tedavi aşaması (uygulanan mekanikler sonrasında planlanan sonuçların alınmaya başlandığı veya belirli bir aşamaya gelmesi)" ve "Pekiştirme aşaması (tedavinin tamamlanması)" olmak üzere üç aşamada yapılır." **Bu maddeye istinaden tedavisi devam ederken 18 yaşını dolduran hastaların kalan tedavi aşamalarının tedavi giderleri bağlı oldukları kurumları tarafından karşılanır.**

2. SUT eki EK-2/Ç-1'in 8. maddesine göre **"Ortodontik tedavide kullanılan braket ve ortodontik materyal hasta tarafından karşılanır"** denilmektedir. Bu maddeye istinaden -ortodontik tedavide kullanılacak olan malzemeler hastaların kendileri tarafından temin edilmesi gerekmektedir. Tedavinin seyri esnasında hastada kullanılmak üzere hastanın tedavi ihtiyacına göre yeni malzemeler gerekebilir, bu durumda hasta bu malzeme ya da malzemeleri tedarik etmek zorundadır.

3. Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama randevu sıklığı 4 haftada birdir. Ortodontik tedavi süresi maloklüzyonun durumuna göre 1 ila 5 yıl arasında değişmektedir. Randevulara düzenli olarak gelmek tedavinin başarısında önemli bir etkenidir. Askerlik, şehir dışı tayini ve şehir dışı okul, üniversite gibi sebeplerden dolayı hastalar randevularını aksatamaz ve randevularına düzenli gelmek zorundadırlar. **Randevulara riayet edilmemesi ve hekimin bilgisi haricinde 3 aydan fazla bir süre randevularına gelmeyen hastaların tedavilerine bölüm kurul kararıyla son verilecektir.**

4. Ortodontik tedavide ağız bakımı çok önemlidir. Dişlerinizin üzerine yapıştırılan braketler ve kullanılan diğer apareyler, dişler üzerinde gıda tutulumunu arttırmakta ve bunun neticesinde dişlerinizde çürüme ve diş taşı oluşumu hızlanmaktadır. Tedavi sırasında yeterli ve düzenli fırçalama yapılmadığında; dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar, dişeti büyümeleri ve kanamalar ile ağız kokusu oluşabilir.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ORTODONTİK TEDAVİ (TEL TEDAVİSİ) AYDINLATILMIŞ VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.30	Yayın tarihi Haziran 2015	Revizyon No 03	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 3/4

Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır. **Tedavi esnasında yetersiz ağız hijyenine bağlı oluşacak olumsuzluklardan hastanın kendisi sorumludur. Uyarılara rağmen ağız hijyeni kötü olan hastaların tedavilerine bölüm kurul kararıyla son verilecektir.**

5. Sabit tedavi boyunca hekiminiz sizden bir takım gıdalardan uzak durmanızı isteyebilir. Asidik gazlı içecekler (kola- gazoz- maden suyu) dişlere yapıştırılan parçaların kopmasına neden olmakla birlikte, dişlerin çürümesini kolaylaştırmaktadır. Erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler ve sakız, hurma, lokum gibi yapışkan maddeler de braketlerin kırılmasına ve kopmasına yol açabilir. Ekmek, simit elma, armut gibi yiyecekler ısırılarak değil lokma şeklinde kopararak ya da kesilerek ve zeytin kiraz gibi çekirdekli yiyecekler çekirdeği çıkartıldıktan sonra yenmelidir. Tedaviniz boyunca bu gibi gıdalardan uzak durmanız tedavinizin ve seanslarınızın uzamaması açısından çok önemlidir. Tedavi sırasında kopan braketler ve çıkan apareyleri hastanın yanında getirmesi gerekmektedir. **Bu malzemeler kullanılabilecek durumda ise kullanılacaktır. Kullanılmayan malzemeleri hasta temin etmek zorundadır. Hastaya uyumlaması ve/veya uygulaması gerçekleştirilmiş, bant - braketlerin, sabit fonksiyonel apareylerin (forsus- twinforce vs), hareketli apareylerin (habit braker,expansiyon apareyleri vb.) tedavi sürecindeki her türlü kopma kırılma ve kaybı söz konusu olduğunda tekrar takma, yerleştirme ve/veya yapımı gerekli olması halinde; güncel SGK ücret tarifesi dikkate alınarak kurumumuz tarafından belirlenen ücretin, hasta tarafından karşılanması gerekmektedir.**
6. Tedaviye karar verildikten sonra ilk olarak tanı amaçlı bazı kayıtlar alınacaktır (ağız içi ve ağız dışı fotoğrafları, diş ve baş röntgenlerini ve diş-çene ölçülerini içermektedir) Alınan ve bölümümüzde saklanan kayıtlar, kimliğiniz belirtilmeden diş hekimliği öğrencilerinin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir.
7. Malokluzyon tipine göre ağız içi ve/veya ağız dışı apareylerin takılması gerekebilecektir. Hastanın bu apareyleri doktorun tavsiye ettiği süre ve şekilde takması gerekmektedir. **Doktorun tavsiye ettiği şekilde kullanmayan hastaların tedavilerine bölüm kurul kararı ile son verilecektir.**
8. Ortodontik soruna eşlik eden şiddetli çene uyumsuzluğu olduğunda, ortodontik tedavi ile birlikte çene cerrahisi (çenelerin cerrahi olarak yeniden uyumlanması) ameliyatı gerekebilir. **Cerrahi tedaviye karar verilen hastalarda ilerleyen dönemlerde hastanın ameliyattan kendi isteği ile vazgeçmesi durumunda hastanın tedavisine son verilir.**
9. Ortodontik tedavinizi yapacak olan hekim ortodontik bölüm kararıyla belirlenmiş olup tedaviniz süresince belirlenen hekim tarafından tedaviniz yürütülecektir. Herhangi bir nedenle (tayin, doğum vs.) hekimin bölümden ayrılması durumunda tedavinize devam edecek hekim bölüm kurul kararıyla belirlenecektir. Bunun haricinde herhangi bir hekim değişikliği yapılmayacaktır.
10. Her türlü tıbbi müdahalede olduğu gibi ortodontik tedavinin de sınırları ve komplikasyonları vardır. Dişlerde kök boylarının kısalması (rezorpsiyon), dişlerde hareketlilik (mobilité), ağrı, dişeti dokularında büyüme ve diş çürükleri gibi durumlar gözlenebilir. Bu durumlar hastanın ağız hijyenine yeterli özeni göstermemesinden kaynaklanacağı gibi, bireysel yatkınlık, dişlerin anatomik yapılarındaki olumsuzluklar ve apareylerin yanlış kullanımı ile oluşabilir.
11. Ortodontik tedavi bittikten sonra elde edilen düzelmenin korunması için hastaya hareketli apareyler veya dişlerine sabitlenmiş teller takılması gerekmektedir. Bu apareylerin önerilen şekilde takılması gerekmektedir. Bu apareyleri önerilen şekilde kullanmayan hastalarda diş ve çene ilişkilerinde oluşacak bozulmalardan hastanın kendisi sorumludur. Yine de sabit tedavi bitiminde çeşitli nedenlere bağlı olarak bir miktar geriye dönüşlerin olması doğaldır.
12. Ortodontik açıdan tıbbi durumunuzu, uygulanacak tedaviyi ve tedavinin olası risklerini öğrendikten sonra önerilen tıbbi işlemi kabul etme ya da etmeme hakkına sahipsiniz.
13. 18 yaşından küçük hastalarda hasta uyumu ile ilgili tüm sorumluluk tamamen veliye aittir. Veli hastanın diş fırçalaması ve tedaviye uymasını sağlamakla yükümlüdür.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ORTODONTİK TEDAVİ (TEL TEDAVİSİ) AYDINLATILMIŞ VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.30	Yayın tarihi Haziran 2015	Revizyon No 03	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 4/4

14. Klinik kayıtları (ölçüler, filmler, fototoğraf vb.) alınan hastaların tedavi ücretlerinin tamamı kurumlarına fatura edilmektedir. Bu yüzden her ne sebeple olursa olsun tedaviye bırakan veya hekimi tarafından tedavisine son verilen hastalar, tekrar ortodontik tedavi olmak isterlerse ancak ücretli hasta olarak tedavi edilebilir.

Tıbbi Durum (Teşhis-Tedavi)

Klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda belirlediğimiz ortodontik probleminiz aşağıda yer almaktadır.

.....

.....

.....

Uygulanacak Tedavi ve Komplikasyonlar

.....

.....

.....

.....

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkımın olduğunu biliyorum. Sözel ve yazılı tüm bilgilendirmeleri yeterli buluyorum. Yapılacak tüm muayene ve tedaviler için "Aydınlatılmış ve bilgilendirilmiş Rıza (Onam) Formu"nu okudum, anladım, kabul ediyorum ve özgür irademle onaylıyorum. Bu formun 1 nüshasını teslim aldım.

Aydınlatılmış ve Bilgilendirilmiş bu Onam Formunu Hasta kendi el yazısı ile "Okudum, anladım, kabul ediyorum ve onaylıyorum" yazacaktır.

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

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).

Hastanın Adı- Soyadı:

T.C. Kimlik No'su :

Tarih:/...../20.... Saat:/.....

İmzası:

Hasta Velisinin/Vasisinin Adı-Soyadı:

Tarih:/...../20.... Saat:/.....

İmzası:

T.C. Kimlik No'su :

Adresi:

Telefon :

Hekimin Adı- Soyadı:

Tarih:

İmzası: