

|                                                                                  |                                                   |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.                                              | Doküman Kodu    | HD.RB.01   |
|                                                                                  | NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ            | Yayın Tarihi    | 01.11.2024 |
|                                                                                  | Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi | Revizyon Tarihi | 00         |
|                                                                                  | DEVİTAL BEYAZLATMA ONAM (RIZA) BELGESİ            | Revizyon No     | 00         |
|                                                                                  |                                                   | Sayfa No        | 1/2        |

#### Hasta Bilgileri;

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

#### ÇEVİRMEN İHTİYACI

- 1- Çevirmen gerekli miydi? ☐ Evet ☐ Hayır  
2- Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı? ☐ Evet ☐ Hayır

#### Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasisi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. Randevu günü lütfen bu formu yanınızda getirip, doktorunuza teslim ediniz.

#### BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem:

| TEŞHİS | TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ  |                         | PLANLANAN TEDAVİ |
|--------|-------------------------|-------------------------|------------------|
|        | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |                  |
|        | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |                  |

Önceden yapılan kök kanal tedavisi sonucu veya travmaya bağlı oluşan renk değişikliklerini gidermek için beyazlatma (bleaching) işlemi uygulanır. Öncelikle ilgili dişin klinik ve radyografik kontrolleri yapılır. Hastanın tedavi öncesi fotoğrafları alınır. İlgili dişe rubber dam örtü takılarak beyazlatıcı ajan uygulanır. Diş geçici dolgu ile kapatılarak hastaya kontrol randevusu verilir. İkinci seansta istenilen renk elde edilememişse tekrar beyazlatma ajanı uygulanır. Eğer yeterli renk değişikliği elde edilmişse diş kalsiyum hidroksit yerleştirilir ve 2 hafta sonra daimi restorasyonu tamamlanır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikayetleriniz için; hasta iletişim birimine başvurabilir, fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvurur yapabilirsiniz.

#### İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezinden Anabilim Dalında görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

#### İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Estetik beklentinin karşılanması, protetik yaklaşımlara oranla daha konservatif ve doğal görünümün sağlanması ve ucuz olması.

#### İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Diş rengindeki koyulaşmanın artması, estetiğin olumsuz etkilenmesi

#### VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Protetik amaçlı kron, laminate venter, direk kompozit venter

#### İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

İstenilen diş rengine ulaşılabilmesi  
İşlemin birkaç seans tekrarlanması  
Yeniden renklenme  
Eksternal servikal rezorbsiyon  
Dişetinde ülserasyon  
İritasyon, hassa  
Ağrı

Hasta/İmza:

Hekim/İmza:

## İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

## KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

.....(Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

## HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezinden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun önerilerine uyunuz.

## GEREKİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

## EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını; ☐ Kabul ediyorum. ☐ Kabul etmiyorum.
2. İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını; ☐ Kabul ediyorum. ☐ Kabul etmiyorum.

## HASTA ONAYI

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK** hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyorum ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası tarafıma verilmiştir.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla **"Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY VERİYORUM."** yazınız.

### HASTA/VELİ/VASİSİNİN;

ADI SOYADI:

İMZASI :

YAKINLIK DERECESESİ:

TARİH :...../...../..... SAAT :...../.....

### ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

İMZASI:

TARİH :...../...../..... SAAT...../.....

## İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

- ☐ Hastanın Bilinci Kapalı ☐ Hasta 18 Yaşından Küçük ☐ Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok ☐ Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

RIZANIN ALINDIĞI;

Tarih: ..... /..... /..... , Saat:...../.....

HEKİMİN;

Adı Soyadı:

İmza:

Kaşe

**Not : Alınan onamlarda "okudum, anladım, onay veriyorum " ifadesi olmalı, form iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshası hasta dosyasına, diğer nüsha hastaya veya kanun temsilcisine verilir.**