

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## İMLANT UYGULAMASI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir.

İmplant uygulaması hekimin uygulama alanını ve komşulukta olduğu doku ve oluşumları inceleyerek, bir takım tetkiklere başvurarak, hastanın sistemik, ekonomik ve sosyo-kültürel durumunu ve hastanın hijyen alışkanlıklarını değerlendirerek endikasyon koyabileceği bir tedavidir. Hekim bu faktörleri bir arada değerlendirerek hastanında onayı ile tedaviye başlayabilir.

İmplant uygulaması bazen birden fazla operasyonel girişimi gerektirebilir. Bu operasyonlar mevcut kemiğin uygun hale getirilmesi veya komşulukta olan anatomik oluşumların şekillendirilmesi şeklinde olabilir. Bu operasyonlarda ağız içi veya dışı bir bölgeden doku alınması gerekebilir. İmplantın yerleştirilmesi sonrasında bir süre beklendikten sonra üst yapının yapılmasına başlanır.

İmplant uygulaması sırasında bölgeye anestezi yapılır. Yapılan anestezi sonucu oluşan geçici uyuşukluk sırasında tedaviniz yapılacaktır. Yapılan enjeksiyon uygulamalarında ağrı, şişlik, sinir zedelenmesi, enfeksiyon, alerjik reaksiyonlar ve çok nadiren de olsa solunum sıkıntısı, kalp krizi, felç, beyin hasarı ve ölüm meydana gelebilir.

İmplant uygulaması sırasında veya sonrasında implantta kırılmalar, çevre dokularda enfeksiyon, implantın kaybı gibi komplikasyonlar görülebilir. Operasyonlardan sonra ağrı, şişlik gibi sıkıntılar olabilir. Bu durumlarda kullanabilmeniz için hekiminiz tarafından verilecek ilaçları uygun şekilde kullanmalısınız.

Ayrıca implantın üzerine sabit veya hareketli bir protezde yapılacağı için bu protezle ilgili de komplikasyonlar yaşanabilir. Bu nedenle sabit veya hareketli protez uygulamaları içinde onam alınmalıdır.

İmplant uygulanacak bölge:

.....

Yukarıda yazılanları dikkatlice okudum ve anladım, işleme onay veriyorum.

### Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisi\* - Yakınlık Derecesi

Adı-Soyadı : .....

T.C. Kimlik No'su : .....

Adresi : .....

Telefon : .....

İmza : .....

**Hekimin**

Adı-Soyadı :.....

Tarih :.....

İmza :

\* 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).