|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C:\Users\STRATEJI-3\Desktop\_TNKU_LOGO_TR.jpg** |  **TNKÜ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KRON- KÖPRÜ PROTEZLERİNİN SÖKÜLMESİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-319 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

 Ağızda var olan protezlerinizin yenilenmesi veya protezin altındaki doğal dişlerde oluşan sorunlar nedeniyle sabit protezlerin çıkarılması gerekebilir. Söküm işlemi sırasında çeşitli aletler ile vuruş veya titreşim şeklinde proteze kuvvet uygulanır. Uygulanan kuvvet sizde rahatsızlık hissi oluşturabilir. Kullanılan aletler keskin aletlerdir. Söküm sırasında alet kayabilir ve yumuşak dokularınıza zarar verebilir. Uygulama sırasında ağrı duymamanız için lokal anestezi yapılabilir ve buna bağlı çeşitli komplikasyonlar (alerji, geçici yüz felci, yüzde kızarma, morarma, şişme, vb.) gelişebilir. Sökülen sabit protezin ağza düşmesi sonucu kontrolsüz bir şekilde yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir. Söküm işlemi sırasında protezinizde kırılmalar, bozulmalar veya eğilmeler oluşabilir. Protezin altındaki doğal dişler kırılabilir veya protezle birlikte çıkabilir. Bu durumda tedavi planı değişebilir ve bu durumdan doğacak ek ücretler hastaya aittir. Söküm sırasında meydana gelebilecek hasarlar veya dişlerin fazla zarar görmemesi için köprünün kesilerek çıkarılması hallerinde mevcut proteziniz tekrar kullanılamayacak hale gelebilir ve yenilenmesi gerekebilir. Protezin tekrar kullanılamayacağı durumlarda söküm sonrası destek dişlerin korunması için geçici protez yapımı gereklidir. Geçici protez yapımı için gereken ek ücret hasta tarafından karşılanır.

 *Yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum, anladım. Protezimin söküm işlemi ile ilgili olarak merak ettiğim tüm soruları sordum ve beni tatmin edecek şekilde bilgilendirildim. Protezimin sökümü sırasında ve sonrasında meydana gelmesi muhtemel zararları ve protezimin yenilenmesi gerekebileceğini biliyorum. Uygulanacak tedavi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak kabul ediyorum ve üstleniyorum.*

 **Tarih/ protokol No:**

 **Hekimin Adı- Soyadı: Hastanın veya Yasal Temsilcisinin\* Adı-Soyadı:**

 **İmza: İmza:**

 **\*Yasal temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olamayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (yakınlık derecesi belirtilmelidir).**