

DİŞ BEYAZLATMA TEDAVİSİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Hasta/ Hasta yakını/ Yasal Temsilcisi;

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

TEDAVİ UYGULANACAK DİŐLER

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65										
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				
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75										

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ, TAHMİNİ SÜRE:

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Çeşitli nedenlerle (doğuştan, travmaya veya beslenmeye bağlı olarak) diş renginde koyulaşmalar meydana gelebilir.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Beyazlatma jelinin içerisindeki etken madde, diş sert dokusu ile reaksiyona girerek, dişin renginde açılma sağlar. Tedavinin yapılabilmesi için hastada diş eti iltihabı veya diş eti çekilmesi gibi diş eti problemlerinin bulunmaması ve dişlerin boyun bölgelerinde aşınmaların ya da diş çürüklerinin olmaması gerekir.

3 tip beyazlatma uygulaması bulunmaktadır:

- Ev (Home) tipi: Ağızdan alınan ölçüye göre, hasta için özel plak hazırlanır. Diş hekimi tarafından hastaya verilen özel beyazlatma jeli, önerilen belirli sürelerle evde uygulanır.
- Ofis (Office) tipi: Klinik ortamında, diş etleri izole edildikten sonra dişlere sürülen beyazlatma jeli ışık kaynağı ile etkinleştirilir.

- Kuron içi (İntrakuronal) beyazlatma: Canlılığını yitirmiş kanal tedavili dişlere yapılan beyazlatma tedavisi ise, diş hekimi tarafından dişin kuron kısmının içerisine yerleştirilen beyazlatma jelleri ile yapılmaktadır. Renkleşmenin derecesine göre, bu yöntemlerden biri veya ikisi birlikte uygulanabilir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Diş beyazlatma tedavisinin alternatifi, rengi koyulaşmış dişlerdeki estetik bozukluğun kuron protezi ile giderilmesidir. Bu tedavi seçeneğinde dişlerin sağlıklı diş dokusunun kesilip uzaklaştırılması gerekmektedir.

İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Estetik bir işlem olduğu için hastanın işlemi reddetmesi durumunda ağız ve diş sağlığını etkileyecek bir durum ortaya çıkmaz.

İŞLEME AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Beyazlatma işlemi sırasında ve sonrasında (24 saat) dişlerde duyarlılık olabilir.
- Beyazlatma jeli yumuşak dokulara değdiği takdirde, opak bir beyazlama ve hafif bir yanma hissi oluşabilir. Bu görüntü genellikle yarım saat içinde geçer.
- Beyazlatma jeli içeriğindeki etken maddeye (hidrojen peroksit, karbomit peroksit) karşı alerjik reaksiyon görülebilir.

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Beyazlatmanın etkinliği ve kalıcılığı; hastanın dişlerinin mine yapısına, yaşına, sigara tüketimine, yeme alışkanlıklarına, ağız hijyenine ve çay / kahve gibi renkli içeceklerin tüketim miktarına ve sıklığına bağlıdır. Renkleşmenin derecesine göre pekiştirme tedavisi gerekebilir. Beyazlatma tedavisinden sonra, diş hekiminin önerisi doğrultusunda beyazlatıcı diş macunları ve ince kalem şeklinde 'beyazlatma kalemleri' uygulanabilir. Bu uygulamalar beyazlatmanın ömrünü uzatır.

YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Beyazlatma işlemi sırasında ve sonrasında (24 saat) dişlerde duyarlılık olabilir.
- Beyazlatma tedavisi sonrasında renkli gıdaların alınması ile ilgili kısıtlamalar, uygulanacak yöntemle göre hekiminiz tarafından aktarılacaktır.
- Tedavinizin başarısının değerlendirilebilmesi ve uzun dönemde daha ciddi tedavi ihtiyaçlarınızın oluşmaması için 6 ayda bir diş hekiminizi ziyaret ediniz.

HEKİME ULAŞIM BİLGİLERİ

Tedavilerinizle ilgili yardım veya bilgiye ulaşmak için aşağıdaki numarayı arayabilirsiniz.

Tel:.....

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan dış hekimi tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kayb olduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta İmza Tarih / Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın yakını / yasal temsilcisi İmza Tarih/ Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....

Hastanın onay verememe nedeni (Dışhekimini dolduracak):

.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi işlemi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, işlem sonrası gereken bakım, beklenen riskler, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, yapılacak işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Dışhekimini İmza Tarih/ Saat
Adı Soyadı :.....

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya dışhekimini tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın İmza Tarih/ Saat
Adı Soyadı (el yazısı ile) :