

## AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

		Tarih		
Hastanın Adı Soyadı		Dosya No		

### GENEL BİLGİLENDİRME

Değerli Hastamız,

Ağız diş sağlığı sorununuzun giderilebilmesi için size önerilen tıbbi işlem ve bu işlemlerle ilgili sözlü anlatılan ve/veya yazılı olarak tarafınıza verilen "Bilgilendirme ve Onam Form"ları ile ilgili aklınıza takılanları sormanız, yapılacak olan tedaviler, alternatif tedaviler, riskler vb tüm hususlarda yeterli bilgi sahibi olmanız ve tedavinize bu şekilde karar vermenizi beklemekteyiz.

Size verilen bilgileri okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Herhangi bir "Bilgilendirme ve Onam" formunu imzalamış olmanız o işlemi yaptırmak zorunda olduğunuz anlamına **gelmemektedir**.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk tarafınıza ait olacaktır.

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır.

Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay verip vermemek sizin kararınıza bağlıdır. Örneğin alt çenede uygulanacak olan herhangi bir anestezi veya cerrahi girişim sonucu dil ve dudakın duyusunu sağlayan sinirlerde zedelenme olabileceği ve buna bağlı dil veya dudakta geçici veya çok nadiren de olsa kalıcı uyuşukluk kalma riski olduğu bilinmelidir.

Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelememeniz durumunda, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz.

Özel bir ödeme planı oluşturulmadığı sürece, Polikliniğimizde hizmet sunulduğunda ücreti tahsil edilir. Birden çok seans devam edecek olan, porselen kaplama, kanal tedavisi gibi uygulamalarda ilk seans, ilgili işlemin (örneğin; üst dolgu hariç, kanal tedavisi ücreti tahsil edilir) ücret tahsilatı yapılır.

Muayenemiz ücretlidir. Ameliyat sonrası kontrol için çekilen bir adet panoramik radyografi ücretsizdir. Muayene sonrası 1 ay boyunca planlama fiyatları geçerlidir. Bir aydan uzun süre sonra tedaviye başlanırsa -varsa- fiyat değişiklikleri planlamaya yansıtılır.

Ağız sağlığınız devam ettirilebilmesi için bilimsel kriterler ışığında 6 ayda bir düzenli diş hekimi kontrolü yaptırmanız gerektiğini hatırlatmak isteriz. Verdiğimiz hizmetlerin garantilerinin geçerli olabilmesi için en az yılda bir kez düzenli kontrollerinizi yaptırmayı unutmayınız. Hizmet ve garanti şartlarımıza <https://www.akadentia.com/hizmet-ve-garanti-sartlarimiz/> bağlantısından ulaşabilirsiniz.



## AKADENTIA Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

COVID-19 veya grip gibi diğer bulaşıcı hastalıklarınız varsa veya olduğundan şüphe duyuyorsanız lütfen randevunuzun ertelenmesi için telefonla bilgi veriniz.

Muayene ve tedavi süreçlerimizi olumsuz etkilediğinden diş hekimine gelirken lütfen parlatici veya ruj sürmeyiniz.

Tedavi sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarda, sözlü veya yazılı onayım alınarak planlamada değişiklik yapılabilir. Fiyatlandırmalar da yeni duruma göre güncellenecektir.

Tedavilerin başarısının tarafınızdan yapılacak uygulamalara da bağlı olduğunu hatırlatmak isteriz. Evde yapacağınız ağız temizliği ve yapılan önerilere uymanız, zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanmak tedavi başarınızda önemli yer tutar.

Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceğini ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilmesinin mümkün olmadığını belirtmek isteriz.

Kişisel Verileri Koruma Kanunu gereği ayrı bir bilgilendirme ve onay süreci gerçekleştirilecektir. Lütfen tarafınıza sunulan bilgilendirme formunu okuduktan sonra onaylayınız.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

El yazınız ile “okudum, anladım” yazınız.

.....

<b>Hasta Adı-Soyadı</b>	
Hastanın Yasal Temsilcisinin* Adı Soyadı ve Yakınlık derecesi	
<b>Tarih</b>	
<b>İmza</b>	

Bilgilendirme yapan Personelin Adı-Soyadı	
<b>Tarih</b>	
<b>İmza</b>	

\* 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).