

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Diş Hekimliği Fakültesi	
	AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU (GENEL)	Dok. No: FR/234/069 İlk Yayın Tar.: 19.03.2019 Rev. No/Tar.: Sayfa: 1/2

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız.
- Ağız diş sağlığı sorununuzun tedavisi için size önerilen işlem/tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Randevunuza gelirken, sizin veya vasisi olduğunuz kişinin T.C. kimlik numarası bulunan kimlik belgesini yanınızda bulundurmanız gerekir. Aksi takdirde işlem yapılamayacaktır.
- Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar, ilaç alerjileri ve genel sağlık durumunuz ile ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir. Diş hekiminizin istediği tıbbi veya dental konsültasyona cevap getirilmediği durumda da tedavinize başlanmayacaktır.
- 18 yaşından küçük hastalarda ara seanslarda istenen ilave tetkikler yanlarında vasileri olmadan yapılmayacaktır.
- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde muayene, tetkik ve tedavi işlemleri diş hekimliği fakültesi öğrencileri, öğretim elemanları ve öğretim üyeleri tarafından yapılmaktadır. Eğitim süresince öğrenciler muayene, tetkik ve tedavi işlemlerini öğretim elemanı ve öğretim üyesi denetiminde gerçekleştirmektedirler.
- Tedavi ve işlemlerin yararlarını, maliyetini ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Travma, kaza, darp bulguları varsa lütfen belirtiniz, adli vakalara kanunen tutanak tutmak gerekir.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin diğer tedavilerinizi aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız 'tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması' şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Aydınlatılmış Onam Geri çekildiğinde onamın çekildiği andaki tedavi aşamasına kadar alınması gereken ücret hasta tarafından karşılanır.
- *Kliniklerimizde gerçekleştirilen muayene, tetkik ve tedavilerle ilgili bilgi formlarına <http://dis.ikc.edu.tr> adresinden ulaşabilirsiniz.*

1.BİLGİLENDİRME

BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

HASTAYI / YASAL TEMSİLCİSİNİ / VASİSİNİ,

- Hastalığın muhtemel sebepleri, ön tanısını/tanısı ve özellikleri;
- Önerilen işlemin/tedavinin adı, uygulanış biçimi, beklenen yararları, sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlar;
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri;
- Önerilen işlemi/tedaviyi ertelemenin ya da almamanın sonuçları;
- Girişim/tedavi sırasında gereksinim duyulabilecek ek girişimler ve riskleri;
- Varsa uygun diğer işlem/tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin yararları, riskleri ve hastanın sağlığına muhtemel etkileri;
- Ağız sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri;
- Tedavinin kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, tahmini süresi ve hastaya getireceği mali yük;
- Gerektiğinde aynı konuda dental yardıma nasıl ulaşabileceği konusunda gerekli açıklamaları yaparak bilgilendirdim ve bu bilgileri anlamasını sağladım.

Hastayı bilgilendirmek amacıyla kullanılan

broşürler:.....

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

Teşhis:

Adı-Soyadı:.....

Tedavi :

Kurum Sicil No:

İmza:.....

Hastanın İmzası:.....

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Diş Hekimliği Fakültesi	
	AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU (GENEL)	Dok. No: FR/234/069 İlk Yayın Tar.: 19.03.2019 Rev. No/Tar.: Sayfa: 2/2

2. ONAM (RIZA, İZİN)

BU BÖLÜM HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

- Konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. *Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.*
 - Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.
 - Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
 - Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
 - Diş hekimimin planladığı girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
 - Tedavim/ vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı.
 - Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütülebileceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı.
 - Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
 - Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
 - Bağlı olduğum özel ve resmi kurumların talep ettiği bilgi, belge ve dokümanları vermekle yükümlü olduğunuzu biliyor ve kabul ediyorum.
 - Tesis içerisinde bulunuşum sırasında personele teslim ettiğim kişisel eşyalarım dışında, kayıp veya zarar görmüş kişisel eşyadan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ni sorumlu tutamayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.
 - Formu imzalamam için yeterli süre tanındı.
 - Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına izin**
.....(El yazınız ile 'veriyorum' ya da 'vermiyorum' yazınız.)
 - Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile kayıtlardaki tıbbi bilgilerim ve/veya tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına izin**
.....(El yazınız ile 'veriyorum' ya da 'vermiyorum' yazınız.)
- Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim.

Bu formda belirtilen tüm ifadeler ışığında "Yukarıda yazılanları okudum, sorumluluklarımı anladım, karar vermem için yeterli süre tanındı, yazılanlar bana açıklandı ve işlemin yapılması için onay veriyorum" ifadesini okuyup kendi el yazınız ile yazınız.

.....

.....

Tarih:..... Tercüman
(kullanılması halinde):.....
İmza:

Hasta Adı-Soyadı:.....

T.C. Kimlik No'su:..... Görüşme Tanığı
(kullanılması halinde):.....
* Hastanın Yasal Temsilcisi(* - Yakınlık Derecesi) İmza:.....
Adı-Soyadı:..... Hekimin Adı-Soyadı:.....
Telefon:..... İmza:.....
İmza:.....

Adresi:

*Yasal Temsilcisi: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1 . derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)