

	Karşıyaka Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi	Doküman Kodu	HD.RB.05
	AĞIZ, DIŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Yayın Tarihi	01.03.2023
	HASTA ÖN BİLGİLENDİRME ve RIZA BELGESİ	Revizyon Tarihi/No	00.00.0000/00
		S. No/S.Sayı	1/1

Hastanın	BARKOD
Protokol No	
Adı Soyadı	

Periapikal Röntgen	☐
Panoramik Röntgen	☐

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

1. İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı:

Röntgen teknisyenleri tarafından mevzuata uygun olarak yapılandırılmış röntgen biriminde uygulanır.

2. İşlemin Tahmini Süresi:

2-10 dakika olabilir.

3. İşlemden Beklenen Faydalar:

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için gereklidir.

4. Varsa İşlemin Diğer Tanı ve Tedavi Seçenekleri (Alternatifi) ;

İşlemin alternatif tedavi seçeneği yoktur.

5. İşlemin Riskleri ve Muhtemel Komplikasyonları:

İşlem süresince minimum düzeyde radyasyona maruz kalınır. Hamilelik ve hamilelik şüphesi olan hastalarda acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez. Acil durumlarda hamile bireye kurşun önlük giydirilerek mümkün olan en düşük radyasyon dozu ile röntgen çekilir.

6. Hastalığın Muhtemel Sebepleri ve Nasıl Seyredebileceği:

Çekim sonrası filmler teknisyen tarafından kontrol edildikten sonra ilgili hekimin ekranına eş zamanlı olarak yansıtılacaktır.

7. İşlemin Reddedilmesi Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda ve Risk Sonuçları:

Teşhis konulması, tedavi planlanması ve tedavinin seyrini olumsuz etkiler. Fayda sağlanması mümkün değildir.

8. Sağlığınız için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

Çekim esnasında, talep eden hastalara koruyucu ekipmanlar (kurşun önlük, boyunluk vs.) kullanılarak çekim yapılır.

9. Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:

Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız). Benimle ilgili olan tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum. Bana/ çocuğuma/ yakınıma yapılacak uygulamanın Karşıyaka Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi'ne bağlı röntgen biriminde; Röntgen Teknisyeni unvanına sahip personel tarafından radyolojik görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi “OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM” yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı Soyadı	Tarih ve Saat	İmza
Hasta/Hasta			
Diş Hekim veya Röntgen Teknisyeni			