

TÜRK ORTODONTİ DERNEĞİ



ORTODONTİK TEDAVİSİ DEVAM EDEN HASTA İÇİN ACİL MÜDAHALE ONAM FORMU

Şu an devam etmekte olan ortodontik tedavim ____/____/____ tarihinde ortodontist Dr. _____ tarafından başlatılmıştır.

06.02.2023 tarihinde merkezi Kahramanmaraş Pazarcık'ta olan ve 10 ilimizi etkileyen (Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kilis, Malatya, Osmaniye ve Şanlıurfa) büyük deprem felaketinde;

-Ben

-Ailem

-Yukarıda adı geçen ortodontistim

kısa dönemde telafisi mümkün olmayacak şekilde olumsuz etkilendim / etkilenmiştir.

Ortodontistim bu hal ve şartlarda;

-Ortodontik tedavime kısa vadede devam edemeyeceğini ifade etmiştir

-Ortodontistime girişimlerde bulunmama rağmen ulaşamadım

Ortodontik tedavime başlamadan önce ağız durumum ile ilgili uygun acil müdahaleyi veya birkaç seansı kapsayan kontrol ve tedavi işlemlerini uygun şekliyle yapabilmek amacıyla alınan ağız içi ve ağız dışı fotoğraflar, röntgenler ve ağız ölçüsü gibi kişisel kayıtlarımın;

-Transferi yapılmıştır

-Yapılacaktır

-Depremdeki mağduriyetten dolayı ulaşamamaktadır

DEVAM EDEN ORTODONTİK TEDAVİYE ACİL MÜDEHALE İÇİN ONAY

Rutin kontrol seansları olan, ortalama 2-3 yıl süreklilik arz eden ortodontik tedavimin devamı için mevcut ortodontistimin çalışma şartları sağlanana kadar **gönüllü ortodontist** Dr. _____ tarafından kontrol seanslarımın yürütüleceğini biliyorum ve kabul ediyorum. Bu süreçte tel batması, kopması, yerinden oynaması gibi acil durumlara rahatlatıcı müdahaleler ile aktif mekaniklerin uzun süre ağızda kalması ile zararlı etkilerin ortaya çıkabileceği durumlara kontrol ve müdahale gibi sınırlı işlem ve uygulamaların bir veya birkaç seans yapılabileceğini kabul ediyorum. Ortodontik tedaviyle ilgili tüm riskler hem yazılı hem sözlü olarak

tarafıma sunulmuştur. Bu bilgileri tamamen okudum, okuduğumu anlıyorum ve kabul ediyorum. Uygulanacak bu tedaviler ile ilgili herhangi bir talepte bulunmayacağımı, dava açmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ediyorum.

MEVCUT ORTODONTİK DURUMUN KAYITLARININ ALINMASI İÇİN ONAY

Mevcut ağız durumumu kayıt altına almak için başvurum esnasında ve sonrasında ortodontist Dr. _____'ye ve uygun olduğu hallerde, klinik personeline adı geçen ortodontist hekim tarafından reçete edilen, röntgenler de dahil olmak üzere fotoğraf, ağız ölçüsü gibi mevcut durum ve teşhis kayıtlarının tutulmasına ve saklanmasına izin veriyorum.

Ayrıca ilk ortodontistim Dr. _____ tarafından transfer edilen ortodontik tedavi başlangıcına ait ağız içi ve ağız dışı fotoğraflar, röntgenler ve ağız ölçüsü gibi kişisel kayıtlarımın tutulmasına ve saklanmasına izin veriyorum. Ortodontik tedaviyle ilgili tüm riskler hem yazılı hem sözlü olarak tarafıma sunulmuştur. Bu bilgileri tamamen anlıyorum ve kabul ediyorum.

HASTAYA AİT BİLGİLERİNİN AÇIKLANMASINA İLİŞKİN İZİN

İş bu vesileyle, ilgili ortodontist hekime, diğer sağlık uzmanlarına, uygun görüldüğü şekilde, ortodontik bakımım hakkında bilgi verme yetkisini veriyorum.

Tedavi işlemleri bittikten sonra, ilgili ortodontist hekimin ve personelinin bu bilgiyi alan kişinin, bilginin daha fazla dağıtılmasından sorumlu olmadığını anlıyorum.

Bu formda belirtilen tüm ifadelerin ışığı altında kendi el yazınızla "YUKARIDA YAZILANLARI OKUDUM, ANLATILDI, ANLADIM VE KABUL EDİYORUM" yazınız.

Tarih: ____ / ____ / ____

Deprem mağduru hasta ve/veya hastanın yasal temsilcisi;

Ad, Soyad: _____

TC Kimlik no _____

İmza: _____

Gönüllü Ortodontist;

Dr. _____

İmza: _____