

TÜRK ORTODONTİ DERNEĞİ



ORTODONTİK TEDAVİ İÇİN GEREKLİ KAYITLARIN TUTULMASINA İLİŞKİN İZİN

Ortodontik tedaviden önce, tedavi sırasında ve sonrasında ve bu formda imzası olan ortodontist hekime ve uygun olduğu hallerde, klinik personeline ilgili ortodontist hekim tarafından reçete edilen, röntgenler de dahil olmak üzere fotoğraf, ağız modelleri, ağız taraması gibi teşhis kayıtlarının tutulmasına izin veriyorum.

Ortodontik aygıtların hazırlanabilmesi için ağız modellerinin, taramanın ve gerekiyorsa fotoğraf ve radyografların ortodonti laboratuvarları ile paylaşılmasına izin veriyorum.

HASTA BİLGİLERİNİN AÇIKLANMASINA İLİŞKİN İZİN

İş bu vesileyle, yukarıdaki ortodontist hekime, diğer sağlık uzmanlarına, uygun görüldüğü şekilde, yukarıdaki kişinin ortodontik bakımı hakkında bilgi verme yetkisi veriyorum. Tedavi işlemleri bittikten sonra, yukarıdaki ortodontist hekimin ve personelinin bu bilgiyi alan kişinin, bilginin daha fazla dağıtılmasından sorumlu olmadığını anlıyorum, kabul ediyorum.

Tarih: ___/___/___

Ortodontik tedaviyi yürütecek Ortodontist;

Dr. _____

İmza: _____

Tedaviyi kabul eden kişi veya yasal temsilcisi;

Adı, Soyadı: _____

İmza: _____