

## TÜRK ORTODONTİ DERNEĞİ



### ORTODONTİK TEDAVİ SONRASI PEKİŞTİRME DÖNEMİ ONAM FORMU

Ortodontik tedavim ...../...../..... tarihinde başlamış ve ...../...../..... tarihinde tamamlanmıştır. Ortodontik tedavimin sonlanması ile önerilen pekiştirme tedavisi

\_\_\_\_\_ dir/dır.

#### Alternatif pekiştirme tedavisi yöntemleri

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### *Hastanın veya yasal temsilcisinin beyanı*

Tarafıma sunulan pekiştirme tedavisiyle ilgili bilgiler, olası durumlar ve riskler sözel olarak anlatıldı. Pekiştirme tedavisinin faydalarını, risklerini, alternatiflerini ve sakıncalarını anlıyorum. Ayrıca sunulanlardan daha az sıklıkta ortaya çıkan başka sorunların olabileceğini ve fiili sonuçların beklenen sonuçlardan farklı olabileceğini anlıyorum. Anlatılanlarla ve okuduklarımla ilgili soru sorma fırsatı verildiğini ve sorduğum sorulara cevaben yeterince bilgi verildiğini beyan ediyorum. Olabilecek herhangi bir olumsuz durumda her türlü sorumluluğun kendime ait olduğunu beyan ve kabul eder, yeni işlem yapılması gerektiğinde ilgili işlemin ücretini ödeyeceğimi taahhüt ederim.

- **Önerilen pekiştirme yöntemini kabul ediyorum •**
- **Seçim yapmam için sunulan alternatifleri anladım ve sunulan \_\_\_\_\_ adet seçenekten \_\_\_\_\_ yönteminin uygulanmasını seçiyorum •**
- **Pekiştirme tedavisini istemiyorum •**

#### Elle yazılacak ifade:

Bu formdaki tüm bilgileri okudum, anlatıldı, anladım, kabul ediyorum. Önerilen ve/veya seçtiğim pekiştirme yöntemini aşağıda imzası olan ortodontist hekime sağlaması için yetki veriyorum.

\_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Ortodontik tedaviyi yürütecek Ortodontist;*

*Tedaviyi kabul eden kişi veya yasal temsilcisi;*

Dr. \_\_\_\_\_

Adı,Soyadı: \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_