



ANKARA DİŞHEKİMLERİ ODASI
HASTA ONAM FORMU



		Tarih			
Hastanın Soyadı, Adı		Protokol No			

Sayın Hastamız/Hasta Yakınımız,

Hastalığınız ve hastalığınızın tanı ve tedavisi için size önerilen işlem ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Arzu ettiğiniz takdirde ağız sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz. İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde 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.

Aşağıda imzası olan ben/ya da yasal vasi..... dışhekim tarafından ağız sağlığımın durumu hakkında bilgilendirildim.

- hastalığımın tanı/tedavisi ile ilgili yapılması gereken

....., uygulaması konusunda bilgi aldım.

- Olaşabilecek istenmeyen yan etkiler ve olası riskler ayrıntıları ile anlatıldı.
- Tedavi işleminden önce ve sonra dikkat edilmesi gereken konular bana anlatıldı.
- Bu tanı / tedavi işlemi reddettiğim zaman, sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği konusunda, bu tanı / tedavi yerine uygulanacak bir başka tedavinin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu tanı / tedavi yöntemlerini olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Dışhekimimin tanı/tedavi esnasında gerekirse diğer hekimlerden konsültasyon isteyebileceği ve tedavi sürecine bir başka hekimin katılabileceği anlatıldı.
- Dışhekimimi..... 'ın yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında..... kliniğinde..... uygulamasının üzerimde/vekili olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine izin veriyorum.

- Sözel bilgilendirme yapıldı.
- Bilgilendirme kitapçığını okudum, anladım ve kabul ediyorum.
- Eğitim, teşhis, takip ve bilimsel amaçlı olarak kimlik bilgilerimin gizli tutularak klinik fotoğraflarımın çekilebileceği ve klinik verilerle beraber tanı, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabilmesine izin veriyorum.

- Kişisel bilgilerimin yasal zorunluluk haricinde hiç kimseye paylaşılmasını talep ediyorum.

- Kişisel bilgilerimin Sağlık Bakanlığı ile paylaşılmasını talep ediyorum.

- Covid 19 Yönünden değerlendirme;**

2019-nCoV ile potansiyel enfekte hastaları ünite yönlendirmeden önce:

1- Son 14 gün içinde ateşiniz çıktı mı veya çıktığını hissettiniz mi ?

2- Son 14 gün içinde yeni başlamış öksürük, solunum güçlüğü veya buna benzer solunum yolu problemlerinizi oldu mu ?

3- Son 14 gün içinde yurt dışına seyahat ettiniz mi?

4- Son 14 gün içinde 2019-nCoV teşhisi konulmuş herhangi bir kişiyle temasta buldunuz mu ?

5- Son 14 gün içinde yurt dışından gelen ya da çevrenizde ateş veya solunum problemi olan kişilerle temasta buldunuz mu ?

6- Son 14 gün içinde ateş veya solunum şikayeti yaşadığı bilinen en az 2 kişiyle yakın temasta bulundunuz mu ?

7- Yakın zamanda herhangi bir toplantı veya buluşmaya katıldınız mı ya da tanımadığınız pek çok kişiyle yakın kontakta bulundunuz mu?

Eğer hasta bu sorulardan herhangi birine evet cevabı vermişse ve vücut sıcaklığı 37.3 °C'nin altındaysa dış hekimi tedaviyi hastanın virüsle karşılaştığı etkinlikten 14 gün sonrasına erteleyebilir.

Hastanın evde kendini karantinaya alması ve eğer ateş ya da grip benzeri semptomlar gösterirse en yakın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir.

Eğer hasta bu sorulardan hepsine hayır cevabı vermişse ve vücut sıcaklığı 37.3 °C'nin altındaysa dişhekimi gerekli tedbirleri alarak ve aerosol oluşturacak işlemlerden mümkün olduğunca kaçınarak hastayı tedavi edebilir.

Eğer hasta bu sorulardan hepsine hayır cevabı vermişse ama vücut sıcaklığı 37.3 °C' den yüksekse hasta COVID-19 tedavisi için belirlenen hastanelere yönlendirilmelidir.

Dişhekimi..... tarafından tarafıma sorulan sorular doğrultusunda cevapladığım ve okuduğum bilgilendirme formundaki tüm bilgileri tam olarak anladığımı kabul eder, bu bilgiler ışığında doktorumun bana uygulayacağı tedaviyi kabul ettiğimi beyan ederim.

N O T

.....
.....
.....
.....

	Adı, Soyadı	İmza
Hasta/Yasal Temsilcisi*		
Tanık		
Tercüman		
Sorumlu Sağlık Personeli		