



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İNFİRARUJ CİHAZI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ

Doküman No	HD.RB.32
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2025
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 1/3

Hasta No:

Bölüm:

Ad-Soyad:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Tarih:/...../.....

Doğum Tarihi:/...../.....

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.

Sizden okuyup, anladığınızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Ağız Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi kliniğinde:

- Maksilofasiyal kas-iskelet sistemi hastalıklarının,
- TME romatizmal hastalıkların,
- Maksilofasiyal Ağrılı durumların
- Maksilofasiyal Travmaların
- TME Eklem sertliği ve katılığı-kısıtlılığı,
- Orofasiyal enfeksiyon
- Maksilofasiyal kırık ve travma gibi hastalık ve durumlarının akut (had) ve kronik (müzmin) durumlarının tanısı, tedavisi ve takibi yapılmaktadır.

Ayrıca tıbbi (medikal-ilaçla) ve cerrahi (ameliyatla) tedavisi mümkün olmayan diğer birçok hastalıkta fizik tedavi ajanları ve rehabilitasyon uygulamaları ile tedavi yapılmaktadır.

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları tıbbi ve cerrahi tedaviler yetersiz-etkisiz-gereksiz ise, hastalığın müzminleşme ve ilerleme ihtimali varsa, günlük hayatı olumsuz etkileniyorsa veya sakatlık gelişmişse yararlı ve gerekli olabilir.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uygulamaları

Hastalığınızın durumuna göre size uygun bir fizik tedavi programı planlanacaktır. Bu tedavi programı ilaç ve fizik tedavi ajanlarının uygulanması ve terapötik egzersizlerden birini veya bir kaçını içerebilir. Size uygulanacak fizik tedavi;

- Soğuk tatbiki,
- Yüzeysel ısı (infraruj, sıcak paket, parafin, girdap banyosu),
- Derin ısı (ultrason, kısa dalga diatermi, radar),
- Elektroterapi (tens, elektostimülasyon, vakum-enterferans, diadinami, galvanik-faradik akım),
- Hidroterapi (kontrast banyo, kaplıca tedavisi, su altı masaj, elektrogalvanik banyo, girdap banyosu),
- Mekanoterapi (mobilizasyon ve manipülasyon, traksiyon, pnömatik kompresyon, splint, breys, korse, bandaj, baston v.s. destekleri),
- Tedavi edici egzersiz uygulamaları gibi fizik tedavi yöntemlerinden biri veya bir kaçını içerebilir.
- Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilemeyen bir çok hastalıkta ve kronik ağrılı durumlarda, fonksiyonel kısıtlılıkta etkili bir tedaviye olanak sağlar.



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İNFİRARUJ CİHAZI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ

Doküman No	HD.RB.32
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2025
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 2/3

Faydaları

- Ucuz olması
- Ağrı, uyuşukluk, karıncalanma, güçsüzlüğün azalması ve geçmesi,
- Fonksiyonların artması,
- Yan etkisinin çok nadir olması ve olduğunda hafif geçici olması,
- Birçok durumda gereksiz tıbbi ve cerrahi tedavileri engellemesi,
- Daha az ilaç kullanılmasını sağlaması,
- İlaçla ve ameliyatla tedavisi mümkün olmayan diğer birçok hastalıkta etkin tedavi sağlaması,
- Hastalıkların kronikleşmesini (müzminleşmesini) ve ilerlemesini engellemesi,
- Hayat kalitesini arttırmasıdır.

Olası Riskleri, Yan Etkileri

- Yan etki ve riskleri oldukça az olan tedavi yaklaşımlarıdır. Bununla birlikte, nadir de olsa cilt kızarıklıkları, hassasiyet gibi istenmeyen etkiler görülebilir.
- Çok daha nadir görülen önemli riskler cilt yanıkları, kalp ritm bozuklukları, ciltte aşırı duyarlılık, kan basıncı değişiklikleri, elektrik çarpması, eklem kısıtlılıklarının açılması için germe yaparken kas-tendon hasarlanması-kopması ve kemikte kırıktır.
- Riskler uygun teknik, yeterli tıbbi malzeme ve deneyimli tıbbi personel varlığında nadiren görülmektedir. Zarar görmeyen durumda, bunun giderilmesi için her türlü tıbbi girişim yapılacaktır.
- Bu durumların görülme sıklığını en aza indirmek için uygulama öncesi tıbbi durumunuz hakkında doktorunuza detaylı bilgi vermelisiniz

Alternatif Tedavi Yaklaşımları

- Bu hastalığın tedavisi için çeşitli ilaç tedavilerinin ve fizik tedavi yöntemlerinin, bazı durumlarda cerrahi yaklaşımların tedaviye alternatif oluşturulması söz konusudur.
 - Bu hastalıkların tamamı multidisipliner (birçok kliniği ilgilendiren) hastalıklardır. Tanı, tedavi ve takipleri sırasında gerekli olduğunda diğer ilgili servislerden de tıbbi destek alınmaktadır.
 - Önerilen tedavi yönteminin kabul edilmediği durumlarda uygun tedavi yapılamamasına bağlı sağlığınızdaki bozukluğun, ağrı ve fonksiyon kayıplarınızın devam etmesi veya ilerlemesi söz konusu olabilir.
- Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilerinize ulaşabilirsiniz.

İşlem Yapılan Kişinin Onayı

Yapılan tedavi hakkında ve sonrasında yapılması gereken ağız bakımı konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim ve bu tedaviyi yapmayı kabul ettim.

Yukarıda yazılanların hepsini okuduğumu ve anladığımı, bütün sorularımın cevaplandığını onaylarım.

İLGİLİ KİŞİ	ADI-SOYADI	TARİH/SAAT	İMZA
Hasta			
Hastanın Yasal Temsilcisi (*)			
Tercüman (kullanılması halinde)			
İşlemi Yapan Hekim ve Unvanı	☐ Stj. Dt.		
	☐ Dt.		
	☐ Dr.		

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
İNFİRARUJ CİHAZI HASTA BİLGİLENDİRME
VE RIZA BELGESİ

Doküman No	HD.RB.32
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2025
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 3/3

Doktorum bana genel sağlık durumumun ve hastalığımın yukarıdaki şekilde olduğunu açıkladı.
Yukarıdaki işlem uygulanacaktır: (Hasta kendi ifadesi ve yazabiliyorsa el yazısı ile kısaca yazacaktır.)

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın vekili/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

.....(El yazınız ile okuduğumu anladım kabul ediyorum yazınız.)

Hasta	İmza	Tarih / Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....		

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın vekili / yasal temsilcisi	İmza	Tarih/ Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....		

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

.....
.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor	İmza	Tarih/ Saat
Adı Soyadı :		

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın	İmza	Tarih/ Saat
Adı Soyadı (el yazısı ile) :		