**GENEL BİLGİLENDİRME**

Sayın ,

Ağız diş sağlığı sorununuzun giderilebilmesi için size önerilen tıbbi işlem ve bu işlemle ilgili sözlü anlatılan ve Yetişkin Hasta Bilgilendirme Broşürü/ Çocuk Hasta Bilgilendirme Broşüründe tarafınızdan okunarak bilgi edinilen hususların bir kısmı aşağıda yazılı olarak sunulmuştur.

Size verilen bilgileri okuyunuz. Böylece size ya da vasisi olduğunuz kişiye uygulanacak tedaviler hakkında bilgi sahibi olacaksınız. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığınız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Sağlıklı ve mutlu bir yaşam dileriz.

**YENİ KORONOVİRÜS (COVID – 19) İLE İLGİLİ ONAM FORMU**

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi ,

Dişhekimi ..........................................................................................tarafından konulan tanı ve tedavi

ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.

Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak anlatıldı.

Dünyadaki COVID – 19 pandemisi ile ilgili bilgilendirildim. Diş doktorum yaptığı tedavinin acil bir müdahale olduğunu ve ne gibi yan etkilerinin olduğunu bana ve birlikte geldiğim refakatçime anlattı. Bulunduğumuz klinik ortamının ve kullanılan aletlerin nasıl dezenfekte edildiği bilgisini verdi. Fakat COVID – 19 virüsü ile mücadelede henüz tam bir başarı şekli açıklanmadığı için bulunduğumuz ortam ve acil tedavi işlemlerim sırasında bu virüsün bana bulaşma riskinin olabileceğini anlattı.

COVID – 19 ile ilgili olarak, tedavim öncesinde ve sonrasında olabilecekler konusunda tüm bilgileri, anladım ve kabul ettim.

Tedaviyi kabul ettikten sonra bana/vasisi olduğum kişiye ait radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı çalışmalarda anonimleştirilmiş veri olarak kullanılmasına izin (El yazınız ile “veriyorum” ya da “vermiyorum” yazınız.)

Kişisel verilerimin Kamu kurum ve kuruluşları da dahil olmak üzere üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmasına izin (El yazınız ile “veriyorum” ya da “vermiyorum” yazınız.)

El yazınız ile “okuduğumu anladım, kabul ediyorum” yazınız.

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Hasta Adı-Soyadı | Tarih: |
| Hastanın Yasal Temsilcisi (\* - Yakınlık Derecesi) Adı-Soyadı: |
| Hastanın T.C. Kimlik No’su : |  |
| Adresi : |
| Telefon : |  |
| İmza: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hekimin Adı-Soyadı | Tarih: |
| İmza: |  |

\* 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.).