# HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı Soyadı TC Kimlik No Hasta Dosya No Doğum Tarihi Telefon

# TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ TEŞHİS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 5 | 5 4 | 5 3 | 5 2 | 5 1 | 6 1 | 6 2 | 6 3 | 6 4 | 6 5 |  |
| 1 8 1 7 1 6 1 5 | 1 4 | 1 3 | 1 2 | 1 1 | 2 1 | 2 2 | 2 3 | 2 4 | 2 5 2 6 2 7 | 2 8 |
| 4 8 4 7 4 6 4 5 | 4 4 | 4 3 | 4 2 | 4 1 | 3 1 | 3 2 | 3 3 | 3 4 | 3 5 3 6 3 7 | 3 8 |
| 8 5 | 8 4 | 8 3 | 8 2 | 8 1 | 7 1 | 7 2 | 7 3 | 7 4 | 7 5 |  |

|  |
| --- |
| **Materyal kullanımı** |
| Benim veya çocuğumun tıbbi fotoğraflarının çekilebileceğini ve biyopsi alınmasını kabul ediyorum. Tıbbi fotoğrafların öğrenci eğitimi, basılacak bir kitap, dergide hastanenin kendi sosyal medya ortamlarında ve bilimsel bir araştırmada kullanılabileceği konusunda bana anlatılanları anladım.Fotoğraflara ilişkin olarak bana hiçbir zaman bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer fotoğraf çekimine ve biyopsi örneğinin alınmasına izin vermezsem tıbbi bakımım hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Verdiğim onamı geri almak istersem ya da bu konuda sorularım olursa hastane yönetimi ile iletişim kurabileceğim.Fotoğraflar bilimsel deney ve araştırmalarda, tıbbi kitap, dergi ve elektronik ortamlarda kullanılabilir. Görüntümün bilim adamları, araştırmacılar, öğrenciler ve toplum tarafından görülebileceğini anladım. Bu fotoğraflarda ismim ve kimliğim gizli tutulacaktır. Ancak tıbbi fotoğraflarımın eğitim amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.  |
| **ONAY:** |
| **TANIK:** |
|  |
| **Sunu amaçlı**  |
|  Fotoğraflarımın sadece bir sunu amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum. |
| **ONAY:** |
| **TANIK:** |

|  |
| --- |
| **Eğitim amaçlı**  |
|  Fotoğraflarımın sadece eğitim amaçlı klinikte kullanılmasını kabul ediyorum. |
| **ONAY:** |
| **TANIK:** |

|  |
| --- |
| **Yayın amaçlı** |
| Fotoğraflarımın sadece tıbbi kitap, makale veya dergilerde (yayın cinsi mutlaka ayrıntılı olarak bildirilecektir) ve elektronik ortamlarda ve yer almasını kabul ediyorum. |
| **ONAY:** |
| **TANIK:** |

|  |
| --- |
| **Biyopsi amaçlı**  |
| Alınan biyopsinin sadece tıbbi çalışmalar ve eğitim amaçlı klinikte kullanılmasını kabul ediyorum. |
| **ONAY:** |
| **TANIK:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Not**  |
| Tanık: Özellikle hasta yakını 18 yaş üstü hukuki ehliyetine sahip bir kişi olmalıdır.Eğer bu nitelikte bir kişi yoksa tarafsız bir kişinin tanıklığı istenebilir.Çocuk hastalar için ise velisinin onayı gerekmektedir. |

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’ YAZARAK İMZALAYINIZ)

…………………………………………........……………………………………………………........................................................................…….