**Tarih:**

**Genel Onam Formu**

Aşağıda imzası olan ben/hastanın vasisi/hastanın velisi, dişhekimi tarafından hastalığın teşhisi, tedavi planı ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim. Bana önerilen tedavileri kabul ettim. Şüpheli tedavilerde planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavilerimle ya da çocuğumun/…………………….. tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi.

Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve diyet önerilerine uymam gerektiği anlatıldı, kabul ettim.

Benim/çocuğumun/……………….. vazgeçmemiz gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirmem ve bana/çocuğuma/……………. yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanmam gerekliliği anlatıldı ve kabul ettim.

Bana/çocuğuma/……………………… uygulanacak tedavilerin uzun süreli garanti edilemeyeceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim.

**Hasta veya Hastanın Yasal Temsilcisi\* - Yakınlık Derecesi**

Adı-Soyadı :

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).