



Doküman Kodu:	HD.RB.31	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

Sayın Hasta / 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/bir kısmını reddetmek, kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. **Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.** Merkezimizce sunulan Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ve önerilen tedaviyi kabul edip etmemeye karar vermeden önce, yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri **Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir.** Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) **aspirin ve coumadin vb. pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere bulaşıcı bir hastalığı (hepatit vb) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları** hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. **Diş hekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında** aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız. Anlayamadığınız hususların hekiminiz tarafından açıklanmasını isteyiniz

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :

PLANLANAN TEDAVİ/İŞLEM :

İŞLEMİ YAPACAK HEKİM ADI/SOYADI :

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

- ORTODONTİ;** Diş, çene ve yüz yapılarının normal gelişimini inceleyen, bu bölgelerde meydana gelen anomalileri (malokluzyonlar, bozukluklar) tespit eden ve bu anomalilerin tedavisini gerçekleştiren bir diş hekimliği uzmanlık dalıdır.
- ORTODONTİK TEDAVİ** Ortodonti daha iyi bir diş sağlığına ulaşmayı ve ağız bölgesinin görünüşü düzeltmeyi hedefleyen bir tedavidir. Ortodonti güzel ve sağlıklı bir gülüş için diş ve yüz arasındaki uyumu ve dengeyi sağlamada ve ağız sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynar. Ortodontik tedavi ile büyüme, gelişim dönemindeki çocuklarda, gençlerde ve yetişkinlerde çene, yüz ve dişler bölgesindeki bozukluklara sabit veya hareketli ağız içi ve ağız dışı aygıtlarla ve kas terapileriyle müdahale edilerek daha iyi bir yüz estetiği, fonksiyon ve dişlerde daha iyi bir kapanış ilişkisi sağlanır. Ortodontik tedavi hastaların büyük çoğunluğu için “seçilmiş” (ESTETİK AMAÇLI) bir tedavidir, çünkü hasta şu anki durumunu kabullenip ortodontik düzeltim yapılmadan yaşamayı da tercih edebilir. Her ortodontik tedavi aktif ve pasif olmak üzere iki dönemden oluşur ve hastalığın şiddetine bağlı olarak tedavi süresi değişebilir.
- HAREKETLİ ORTODONTİK TEDAVİ;** Hastanın ölçülerinin alınmasıyla elde edilen modeller üzerinde hazırlanan ve akrilik plak, tel gibi kısımları bulunup hasta tarafından takılıp çıkarılması mümkün olan aygıtlar ile yapılan tedavilerdir. Bu aygıtlar hem alt hem de üst çeneye uygulanabilirler. Çeneyi genişletme amacıyla kullanılan genişletme aygıtlarının akrilik plak içinde kalan belli bölümlerinde, genişletme işlevini sağlayan vida konumlandırılmıştır. Genişletme aygıtları ile çenelerdeki genişletme etkilerinin yanında hafif diş hareketi de elde edilebilmektedir. Maliyet, apareyin tipine göre farklı laboratuvar ücretlerini içermektedir. Tedavi planlı ve kurallarına uygun yapılsa bile uygulamaların beklenen tüm sonuçlarına ulaşılması garanti edilemez çünkü seçilen tedavinin sınırları ve hastaya özgü kimi faktörler (örneğin genetik yapı, tedavi sonrası ön görülemeyen büyüme ve gelişme, ağız ve diş dokularının ortodontik tedaviye verdiği yanıt vb.) daima söz konusudur. Tedavi sürecini daha net izleyebilmek için tedavi öncesi ve tedavi sırasında ve sonrasında ağız içinden ve ağız dışından fotoğraf çekilmesi gerekmektedir
- Hasta hekimin öngördüğü tedaviyi sonuna kadar ve eksiksiz uygulamak zorundadır. Hastanın ailesinin işbirliği eksikliğinden ortaya çıkan uyum eksikliği durumunda hekim hastanın tedaviden fayda sağlayamayacağına karar verdiğinde tedaviye son verme hakkına sahiptir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Çenelerin, dişlerin, yumuşak dokuların fonksiyonel ve estetik olarak tedavi edilmesi amaçlanır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Tedavi yapılmazsa sağlıklı çiğneme yapılamayabilir, dişlerdeki çapraşıklık artabilir, istenmeyen hareket ve alışkanlıklar gelişebilir.

Doküman Kodu:	HD.RB.31	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

- Mevcut maloklüzyonun durumuna göre değişiklik göstermekle birlikte; dişlerdeki çapraşıklıklar sonucu ağız temizliği tam olarak yapılamaz; dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar, dişeti büyümeleri ve kanamalar ile ağız kokusu oluşabilir. Çene ilişkilerinde uyumsuzluk olan hastalarda konuşma, yutkunma, çiğneme gibi fonksiyonel hareketlerdeki yetersizlik tedavi edilememiş olur.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Ortodontik tedavi yöntemine hekim karar verir. Ortodontik tedavi uzun süreli bir tedavi şeklidir ve tedavi sırasında hekim önerilerine tam olarak uyulmadığında tedavi başarılı olamamaktadır.
- Ortodontik apareyler ilk kullanılmaya başlandığında konuşmakta ve tükürüğü yutmakta zorluk çekilebilir, dişlerde ve çene kemiklerinde ağrı ve/veya ağız içinde yaralar oluşabilir. Ortodontik tedavi sonrası dişlerin tekrar bozulması bir komplikasyon değildir. Tüm önlemlerin alınmış olmasına rağmen bazen geri dönüş olabilir. Ortodontik tedavi bittikten sonra pekiştirme tedavisine geçilir. Pekiştirme tedavisinde kullanılan aygıtlara uyum gösterilmezse dişler tekrar bozulabilir.
- Ağrı, basınç hissi:** Hareketli apareylerin parçaları dişlere yerleştirildiğinde ilk 1-2 gün ağrı olabilir ve hastanın fonksiyonlarını etkileyebilir. Ayrıca randevularda tellerin aktivasyonu sonucu dişlerde hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Vidalı bir aparey söz konusu ise vidanın her çevrilmesi sonucu dişlerinizde oluşacak basınç hissi normaldir ve 1-2 gün içinde azalıp kaybolacaktır. Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda hekiminize telefonla başvurunuz.
- Konuşmada bozukluk:** Apareyin takıldığı ilk gün konuşmanızda bozukluk oluşabilir. Bu durum en fazla 1 hafta süren geçici bir dönemdir. Bu zaman diliminde sesli olarak okumak ve bol konuşmak bu süreci kısaltacaktır. Apareyin takıldığı ilk birkaç gün tükürük salgısındaki artma ve tükürme isteği normaldir. Aparey kullanımına devam ediniz.
- Allerji:** Uygulanan hareketli apareyler akril denen kimyasal maddeden yapılmaktadır. Çok nadir de olsa bu maddeye karşı alerji gelişebilir. Bu durumda hemen hekiminize başvurunuz.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama **randevu sıklığı 4-6 haftada** birdir.
- Ortodontik tedavi süresi maloklüzyonun durumuna göre **6 ay ile 3 yıl arasında** değişmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK

HUSUSLAR:

- Diş hekimliğinde ortodontik tedavi esnasında **herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.**
- Ortodontik tedavi sürecinde dolgu çekim vb.ek tedaviler gerektiği takdirde çeşitli maddeler kullanılmaktadır. (Çinko fosfat siman, amalgam dolgu, kompozit dolgu, bonding, eugenol, kalsiyum hidroksitvb. Lokal anestetik ilaçlar (lidokain, artikain, mepivakain vb.)Diğer, tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanacaksa eğer, gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuşturduğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestetik maddeler uygulama yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. Uygulama esnasında kanama oluşması durumunda çeşitli kanama durdurucu ilaçlarla (Transamine amp ve K vit.amp. vb.)çeşitli kanama durdurucu tıbbi malzemeler, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir.Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. İşlem sırasında ve sonrasında bazı ilaçlar kullanmanız gerekecektir. Hekiminizin kullanmanızı önereceği ilaçların bazı yan etkileri olacaktır. Bu yan etkilere bulantı, kusma, halsizlik ve uyku hali, anaflaktoid reaksiyonlar gibi durumlar da dahildir.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- Ortodontik tedavinin zararlı olmaması için tedavi öncesinde mutlaka diş çürükleri tedavi edilmeli ve diş eti tedavisi (diş taşı temizliği) mutlaka yapılmış olmalıdır
- Ortodonti tedavisi harici işlemler için lokal/ bölgesel /infiltratif altında yapılabilecektir. Bu nedenle işlem **öncesinde 3 gün süreyle aspirin, E vitamini, coenzim Q vb. gibi kan sulandırıcı almamanız** gerekir. İlaç veya benzeri maddeler kullanıyorsanız veya AİDS, Hepatit B/C gibi bulaşıcı bir hastalığınız veya şeker, kalp, yüksek tansiyon veya böbrek yetmezliği gibi bir sorunuz varsa bunları mutlaka hekiminize bildirmeniz gerekir. Anestetik madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekiminize söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Sonrasında da iyileşme sürecini engel olur.
- Kan, Kemik hastalıkları, hormonal bozukluklar gibi tıbbi problemler ortodontik tedaviyi etkileyebilir. Sağlık

Doküman Kodu:	HD.RB.31	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

durumunuzdaki herhangi bir değişikliğin hekiminize bildirilmesi gereklidir.

- Hasta uyumu:** Tedavinin devamlılığından hasta birebir sorumludur. Hekiminizle işbirliği içinde olmanız ve sizden isteneni yapmanız tedavinizi kolaylaştıracak ve kısaltacaktır. Bu konuda hekiminize yardımcı olmazsanız tedavinizin ilerlemesinden ve herhangi bir gelişme kaydedilememesinden hekiminiz sorumlu değildir. Hareketli aparatlarla tedavi sonrasında gerekli durumlarda farklı tedavilere geçilip geçilmeyeceği konusunda hekiminiz sizi bilgilendirecektir. Kimi kez, hareketli aparatlar ile yapılan ortodontik tedavilerden sonra gerekli görülen durumlarda sabit ortodontik tedavilere geçilebilir. Böyle bir durum söz konusu olursa, zamanı geldiğinde sizlere tedavi hakkında yeniden açıklamalar yapılacak ve tedavi ücreti hakkında bilgi verilecektir
- Apareyin temizliği ve muhafazası:** Her yemeğin ertesinde aygıt mutlaka fırçalanmalıdır ve yemek için çıkarıldığında özel olarak verilen muhafaza kutusu içine konulmalıdır.
- Apareyin kullanımı:** Hareketli apareyinizin tipine bağlı olarak tüm gün gece kullanım veya yemeklerde veya yemeklerde çıkarma gerekebilir. Doktorunuz en uygun kullanım şeklini size açıklayacaktır.
- Ağız Temizliği:** Tedavi boyunca ağız temizliğine dikkat edilmez, dişler düzenli bir şekilde fırçalanmazsa dişlerde renk değişiklikleri ve çürükler oluşabilmektedir. Apareyin temizliği dişlerin ve yumuşak dokuların (dişeti, damak, dudak) sağlığı açısından önemlidir. Uygun temizlik yapılmadığında yumuşak doku zedelenmeleri ve çeşitli enfeksiyonlar gözlemlenebilir. Bu nedenle her yemekten sonra hastanın dişleriyle birlikte apareyini de akrilik kısmından tutarak hekiminizin önerdiği şekilde fırçalaması gerekir.
- Bununla birlikte bu aparatları kullanırken bazen ağız içinde yaralar oluşabilir. Böyle bir durumla karşılaşırsanız bize başvurmanız halinde bu yaralara neden olan kısımlar düzeltilir.
- Hareketli aparatların elemanları dişlerinize yerleştirildiğinde ilk bir hafta sızı olabilir ve günlük çiğneme fonksiyonlarınızı etkileyebilir. Ayrıca randevularda tellerin aktivasyonu sonucu dişlerinizde hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Vidalı bir aparat söz konusu ise vidanın her çevrilmesi sonucu dişlerinize oluşacak basınç hissi normaldir ve 1-2 gün içinde azalıp kaybolacaktır. Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda hekiminize telefonla başvurunuz.
- Apareyin takıldığı ilk gün konuşmanızda bozukluk oluşabilir. Bu durum en fazla 1 hafta süren geçici bir dönemdir. Bu zaman diliminde sesli olarak bir şey okunması ve bol bol konuşulması bu süreci kısaltacaktır.
- Apareyin takıldığı ilk birkaç gün tükürük salgıdaki artma ve dışarı tükürme isteği normaldir. Apareyinizi kullanmaya devam ediniz.
- Hareketli aparat kullanılması sırasında erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, apareyin kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Tedavi boyunca bu gibi gıdalardan uzak durulması tedavinin seyri bakımından çok önemlidir. Apareyin kırılması kaybolması durumunda yeni bir aparat için belirli bir ücret ödemeniz gerekebilir. Bunun dışında, tedaviniz süresince hekiminizin uygun gördüğü durumlarda apareyinizin yenilenmesi gerekebilmektedir
- Uygulanan hareketli aparatlar akril denenen bir maddeden yapılmaktadır. Çok nadir de olsa bu maddeye karşı alerji gelişebilir bu durumda hemen doktorunuza başvurunuz.
- Kimi kez hareketli aparatlar ile yapılan ortodontik tedavilerden sonra gerekli görülen durumlarda **Sabit Ortodontik Tedavilere geçilebilir.** Böyle bir durum söz konusu olursa, zamanı geldiğinde sizlere tedavi hakkında yeniden açıklamalar yapılacak ve tedavi ücreti hakkında bilgi verilecektir

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır. Tüm işlemler sırasında kullanılan dönen ve/veya kesici- delici aletler nedeniyle dilde yanakta, dişetlerinde, ağız tabanında, dudakta, yumuşak damakta ve boğazda yaralanmalar meydana gelebilir. Ağız içinde kullanılan aletler ve malzemeler yutulabilir, hava yoluna kaçabilir.
- Dişlerde, ortodontik tedavinin bitiminden hemen sonra pozisyonlarını değiştirme ve tedavinin başındaki ilk konumuna geri dönme eğilimi söz konusudur. Bu nedenle aktif ortodontik tedavi biter bitmez Pasif ortodontik tedavi /Pekiştirme Tedavisine başlanmalıdır. Bu tedavide ya dişlerin iç tarafına sabit olarak bir tel yapıştırılır ya da hastanın takip çıkarabileceği bir pekiştirme aygıtı kullanılır. Takıp çıkarılabilen aygıtın hekimin talimatlarına uygun olarak kullanılması tedavi sonucunun kalıcılığı açısından çok önemlidir.
- Ortodontik tedavinin bitimini takiben ilerleyen dönemlerde de, çeşitli durumlarda dişlerin kapanışı olumsuz olarak etkilenebilir. Bu durumlara örnek olarak dişlerin, çenelerin ve dilin boyutunu belirleyen genetik etkiler; büyüme veya gelişimsel değişimler; ağız solunumu yapılması; dil itimi, parmak emme gibi alışkanlıkların devam etmesi verilebilir. Bunlar ortodontistin kontrolü dışında gelişebilen durumlardır ve ilave tedaviler gerektirebilir.

GEREKTEĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:

- Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek klinik/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.
- Kurumumuzda yapılan uygulamalarla ilgili herhangi bir komplikasyonla (şiddetli ağrı, braketterde düşme/kırılma vb.) karşılaşırsanız, sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Herhangi bir komplikasyonla karşılaştığınız da; kliniğimize randevusuz olarak başvurabilirsiniz.
- Telefon: 0 232 330 04 67/68**



Doküman Kodu:	HD.RB.31	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	4 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- Tıbbi araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve Hekim eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla rıza (onam) veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatür de yayınlanmasına rıza(onam) veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tedavinin/işlemin amacı, nedenleri ve faydaları, riskleri, komplikasyonları, alternatifleri ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum. (El yazısı ile **"OKUDUM, ANLADIM, BİR NÜSHASINI TESLİM aldım"**)

Hasta**İmza****Rızanın Alındığı Tarih / Saat**

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

HASTA ONAY VEREMEYECEK DURUMDA İSE:**Hasta / yasal temsilcisi****İmza****Rızanın Alındığı Tarih / Saat**

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

HASTANIN ONAY VEREMEME NEDENİ (HEKİM TARAFINDAN DOLDURACAK):

Yukarıda ismi yazılı hastaya/ yasal temsilcisine tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi/işlem, bu tedavinin/işlemin amacı, nedeni ve faydaları, tedavi/işlem sonrası gereken bakım, tedavinin/işlemin riskleri ve komplikasyonları, tedavinin/işlemin alternatifleri, tedavi/işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/ yasal temsilcisi, tedaviye/işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

TEDAVİYİ / İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİM**İmza****Tarih / Saat**

Adı Soyadı:.....

...../...../.....

Unvanı :.....

HASTANIN DİL / İLETİŞİM PROBLEMİ VAR İSE:

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):

...../...../.....

AÇIKLAMA:

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikâyetleriniz de veya değinmek istediğiniz her konuda **Hasta Hakları Birimine**, başvurabilirsiniz.

Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu rıza (onam) belgesini imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.