



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
COVID-19'A İLİŞKİN SEMPTOMU BULUNMAYAN KİŞİLERİN
DİŞ TEDAVİSİ ONAM FORMU



Kodu: HHD.FR.05.14

Yayın Tarihi: 16.03.2020

Revizyon Tarihi:

Revizyon No:

Sayfa No/Sayfa sayısı:1/1

Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;

Dünyada ve Ülkemizde bulunan COVID-19 virüsü ile şüpheli temasınız olması hem kendi sağlığınız hem de bulaştırıcılık özelliği nedeniyle halk sağlığı açısından önemlidir.

Ağız Diş Muayenesi ve Tedavisi olmadan önce aşağıdaki bilgileri kontrol ederek doğruluğunu onaylamanız gerekmektedir.

- 1- Son 14 gün içinde yurtdışı seyahat öyküm yoktur.**
- 2- Son 14 gün içinde ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı, nefes darlığı şikayetim yoktur.**
- 3- Evimde, yakın çevremde son 14 gün içinde yurtdışı seyahat öyküsü olan ve son 14 gün içinde ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı, nefes darlığı şikâyeti olan kimse yoktur.**
- 4- Evde izleme ilişkin olarak yukarıda belirtilen talimatlara uyacağımı taahhüt ederim. Talimatlara aykırı hareket etmem durumunda 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 284'üncü maddesinde yer alan 66 ve 67'inci maddelerde belirtilen "Sari hastalıklar hakkında tetkikatta bulunan memurlara muhalefet eden kimseler Türk Ceza Kanununun 195'inci maddesi mucibince cezalandırılır." hükmü ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun "Bulaşıcı hastalıklara ilişkin tedbirlerine aykırı davranma" başlıklı 195'inci maddesinde yer alan "Bulaşıcı hastalıklardan birine yakalanmış veya bu hastalıklardan ölmüş kimsenin bulunduğu yerin karantina altına alınmasına dair yetkili makamlarca alınan tedbirlere uymayan kişi, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." hükümleri kapsamında hakkımda Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulacağı hususunda tarafıma bilgilendirme yapılmıştır.

BU BİLGİLENDİRME SONRASINDA AĞIZ VE DİŞ TEDAVİMİN YAPILMASINI KABUL EDİYORUM. TEDAVİM SÜRESİNCE YUKARIDAKİ ŞİKAYETLERİ OLAN KİŞİLERDEN VE TOPLU YAŞAM ALANLARINDAN UZAK DURACAĞIMI VE YUKARIDA YER ALAN 1, 2 ve 3. MADDELER İLE İLGİLİ DURUMLARDA BİR GELİŞME OLURSA SAĞLIK KURUMUMU VE HEKİMİMİ BİLGİLENDİRECEĞİMİ VE EN YAKIN SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURACAĞIMI TAAHHÜT EDERİM.

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

	Adı Soyadı	İmza	Tarih ve Saat
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlığı		/...../20.... :
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim		/...../20.... :
Tercüman (Kullanılması Halinde)		/...../20.... :

İşlem Yapılacak Bölge:	
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

NOTLAR: