

1 DERMAL DOLGU UYGULAMASI

HASTA ANAMNEZ (TIBBİ ÖYKÜ) FORMU

Hasta Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Doğum Tarihi / Yaşı:

Telefon:

E-posta:

✦ Genel Sağlık Durumu

- Tanı konmuş bir hastalığınız var mı?
☐ Hayır ☐ Evet →
- Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?
☐ Hayır ☐ Evet →
- Kan sulandırıcı ilaç kullanıyor musunuz?
(Aspirin, Warfarin, Heparin, NOAC vb.)
☐ Hayır ☐ Evet
- Daha önce ciddi bir alerjik reaksiyon geçirdiniz mi?
☐ Hayır ☐ Evet →

✦ Bağışıklık ve Cilt ile İlgili Durumlar

Aşağıdakilerden biri var mı?

- ☐ Otoimmün hastalık
- ☐ Bağ dokusu hastalığı
- ☐ Aktif enfeksiyon
- ☐ Enjeksiyon bölgesinde aktif akne / dermatit
- ☐ Keloid skar öyküsü
- ☐ Yok

✦ Kadın Hastalar İçin

- Hamile misiniz? ☐ Hayır ☐ Evet
- Emziriyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

★ Daha Önce Dolgu Yaptırdınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet →

- Hangi bölge:
- Kullanılan dolgu (biliyorsanız):
- Yan etki oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet →

★ İşlemden Beklenti

Dolgu uygulamasından beklentiniz nedir?

.....

Beyan:

Bu formda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, eksik ya da yanlış bilgi vermediğimi kabul ve beyan ederim.

Hasta İmzası: _____

Tarih: ____ / ____ / ____

2 DERMAL DOLGU UYGULAMASI

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

◆ İşlemin Tanımı

Dermal dolgu uygulaması; yüz ve vücutta hacim kaybı olan bölgelerin desteklenmesi, kontur düzenlenmesi ve estetik görünümün iyileştirilmesi amacıyla, **genellikle hyalüronik asit içerikli dolgu maddelerinin** enjeksiyon yoluyla uygulanması işlemidir.

◆ İşlemin Etkisi ve Süresi

- Etki genellikle **hemen görülür**
- Nihai sonuç birkaç gün–hafta içinde oturur
- Kalıcı değildir
- Etki süresi kullanılan dolguya göre **6–18 ay** arasında değişebilir

◆ Olası Yan Etkiler ve Riskler

Her tıbbi işlemde olduğu gibi dolgu uygulamasında da bazı riskler ve yan etkiler görülebilir:

Sık ve geçici etkiler:

- Ağrı, hassasiyet
- Kızarıklık
- Şişlik
- Morarma

Nadir görülebilecek durumlar:

- Asimetri
- Nodül veya sertlik
- Enfeksiyon
- Alerjik reaksiyon

Çok nadir fakat ciddi riskler:

- Damar içine dolgu kaçması
- Doku beslenme bozukluğu
- Cilt nekrozu
- Görme kaybı (son derece nadir)

Bu riskler hakkında tarafıma sözlü olarak ayrıntılı bilgi verilmiştir.

◆ Alternatifler

- İşlemi yaptırmamak
- Kozmetik ürünler
- Botulinum toksin uygulamaları
- Lazer ve enerji bazlı cihazlar

◆ Önemli Bilgilendirme

- İşlemin sonucu **kişisel anatomik yapıya bağlıdır**
- Estetik işlemlerde **sonuç garantisi yoktur**
- Gerekli görülürse ek seanslar önerilebilir
- İşlem sonrası önerilere uymak benim sorumluluğumdadır

◆ Hasta Onam Beyanı

Bu formu okudum, anladım.
Dolgu uygulamasının amacı, etkileri, riskleri ve alternatifleri hakkında yeterince bilgilendirildim.
Sorularım yanıtlıdır.
İşlemin **kendi özgür irademle** yapılmasını kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Hasta İmzası: _____

Tarih: ____ / ____ / ____

👤 Hekim Bilgileri

Uygulamayı Yapan Hekim:

Unvan:

İmza: _____

Kaşe: