

טופס הסכמה לטיפול כירורגי למשתלים דנטליים, השתלת עצם והרמת סינוס

פרטי המטופל:

שם משפחה

שם פרטי

מס. תעודת זהות

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה על הצורך בטיפול תוך שימוש במשתלים דנטליים/השתלת עצם/הרמת סינוס פתוחה או סגורה (להלן הטיפול העיקרי).

הוסבר לי על הטיפול העיקרי, לרבות על התוצאות המקוות, הסיכויים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול העיקרי. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות – כאב ושתיפי דם תת-עוריים. כמו כן הובהר לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולארי בעת השתלות בלסת התחתונה שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה ו/או בסנטר ואפשרות לפגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילארי) בעת השתלות בלסת העליונה. הוסברה לי האפשרות לאי קליטת המשתל, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת המשתל יש צורך להוציאו ו/או לבצע טיפול מתקן. הוסבר לי שאופן ההחלמה של עצם החניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל הינו אינדיבידואלי ולא ניתן לחיזוי ועשוי להימשך כשבועיים.

הוסבר לי ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתיל לבין הרופא המשתק וברור לי כי הצוות/הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביוזמתי ושלא על דעת הצוות/רופא המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או רופאים אחרים.

ברור לי ואני מבין/ה את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצבי הבריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומים שאזדקק להם, ולביצוע ביקורת במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

חתימת המטופל/ת

תאריך

(במקרה של פסול דין – קטין, או חולה נפש):

חתימת האפוטרופוס

ת.זהות האפוטרופוס

שם האפוטרופוס

אני מאשר שהסברתי למטופל/אפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין/ה את הסברי במלואם.