

טופס הסכמה לטיפול כירורגי/עקירת שן ו/או אפיסקטומי Surgical procedure/Tooth extraction/Apicectomy

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר: _____

שם פרטי	שם משפחה
_____	_____

על הצורך בביצוע טיפול כירורגי/עקירת שן/אפיסקטומי* (כריתת חוד השורש) _____

_____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

פירוט הטיפול

הוסברו לי התוצאות המקוות, ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה וכן התוצאות העלולות לנבוע מחוסר טיפול.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות, כאב, שטפי דם תת עוריים והגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל. כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולרי ו/או הלינגואלי בעת טיפול בלסת התחתונה, שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה התחתונה ו/או בסנטר ו/או בלשון בצד המטופל ואפשרות של פגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת טיפול בלסת העליונה.

כן ברור לי ואני מבין/ה את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה בפתיחת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
_____	_____

שם האפוסטרופוס (קירבה)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
_____	_____

אני מאשר/ת שהסברתי למתרפא/ה/לאפוסטרופוס של המתרפא/ה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין/ה את הסברי במלואם. (*מחק את המיותר).

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רשיון
_____	_____	_____