

טופס הסכמה לטיפול כירורגי למשתלים דנטליים השתלת עצם והרמת סינוס
Insertion of dental implans ,bone implans , sinus elevation procedure

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
<p>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).</p> <p>הוסבר לי על הטיפול העיקרי, לרבות על התוצאות המקוות, הסיכויים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול העיקרי. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות – כאב ושתפי דם תת-עוריים. כמו כן הובהרו 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 להוציא ו/או לבצע טיפול מתקן. הוסבר לי שאופן ההחלמה של עצם החניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל הינו אינדיבידואלי ולא ניתן לחיזוי ועשוי להמשך כשבועיים.</p> <p>כן הוסבר לי ואני מבין(ה) את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתל לבין הרופא המשקם, וברור לי כי הצוות / הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביזמתי ושלא על דעת הצוות / הרופא המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא(ים) אחר(ים).</p> <p>כן ברור לי ואני מבין(ה) את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, ולביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.</p> <p>אני נותן(ת) בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.</p> <p>הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה בפתיחת הפה.</p> <p>אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.</p>		

תאריך _____ חתימת המטופל(ת) _____

שם האפוטרופוס	ת.זהות האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס
_____	_____	_____

(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש).

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