

**טופס הסכמה לטיפול פריודונטלי שמרני (הקצעות שורשים)**

**Root Planing-Scaling**

הוסבר לי כי עליי לעבור טיפול שמרני (לא פולשני) הקצעות שורשים, כטיפול מקדים בדלקות חניכיים.

ידוע לי כי דלקת חניכיים נגרמת כתוצאה מהצטברות חיידקים ואבנית בין השן לבין החניכיים ועל דופן השורשים. הדלקת מתבטאת ע"י נפיחות בחניכיים, אדמומיות, דימומים, הפרשות, טעם וריח בפה. מטרת הקצעות השורשים והסרת האבנית הינה לנקות את הכיסים שנוצרו, בין השן לבין החניכיים ולסלק את כל ההצטברות שעל דופן השורשים. הוסבר לי כי עליי ליישם את כל ההנחיות שאקבל מהשיננית ולשתף פעולה להצלחת הטיפול.

שם המטופל: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר: \_\_\_\_\_  
על הצורך בהקצעות שורשים בלסת עליונה/ בלסת תחתונה/ בשתי הלסתות\*  
(להלן: "הטיפול העקרי").

הוסבר כי טיפול של הקצעות אמור לשפר את מצב החניכיים ובמקרים מסויימים לחסוך את הצורך בטיפול כירורגי, אך יתכן שטיפול שמרני של הקצעות ידרוש טיפול כירורגי משלים אשר יקבע ע"י הרופא.

הוסבר לי על הטיפול הנדרש ועל החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות העדרות טיפול חניכיים, והן נשקלו על ידי טרם הבחירה בביצוע הטיפול שמרני.

הוסבר והובן על-ידי כי תופעות הלוואי של ההקצעות:

התכווצות החניכיים כתוצאה מריפוי הרקמות, המלווה בחשיפת השורשים, רגישות לקור וחום ויתכן פתיחת רווחים בין השיניים, כולל דחיסת שאריות מזון.

ידוע לי כי סיבוכים כמו: דימום, נפיחויות, כאבים, עלולים להופיע בימים הראשונים.

פגיעה בסתימות או שיחזורים דנטליים קיימים, אינם באחריות המרפאה.

הובהר לי שהצלחת טיפול החניכיים ו/או הקטנת הבעיה בחניכיים תלויות בין השאר בחומרת מחלת החניכיים טרם הטיפול, בגורמי סיכון נוספים כעישון וצריכת אלכוהול.

כן הוסברה לי ואני מבין/ה את החשיבות של שיתוף הפעולה ומילוי אחר הוראות הצוות הרפואי הכוללות בין השאר: שמירה על היגיינה אוראלית קפדנית, ביצוע טיפול חניכיים מניעתי על ידי

שיננית ו/או על ידי הרופא בתכיפות שתקבע על ידם וכן ביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

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

במידה וחברת הביטוח אינה מכסה את הטיפול, שאני עתיד/ה לעבור במרפאה, עלות הטיפול  
הידועה לי בשלמותה תחול עלי.

עלות הטיפול במסגרת פרטית: \_\_\_\_\_ ש"ח.

עלות הטיפול במסגרת הביטוח: \_\_\_\_\_ ש"ח.

חתימת המתרפא/ה \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס \_\_\_\_\_

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה לאפוטרופוס של המתרפא/ה\* את כל האמור לעיל בפירוט  
הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הוא הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_