

טופס הסכמה לטיפול כירורגי עקירת שן בינה ו/או אפיסקטומי

Apicectomy /Tooth extracion /Surgical procedure

שם החולה: _____ ת.ז. _____.

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר: _____

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

(להלן: "הטיפול העקרי").

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 הטיפול 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 מצב בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/ הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת את 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 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.

חתימת הרופא _____ מס' רישיון _____