

**טופס הסכמה לניתוח לטיפול כירורגי לשתלים דנטליים**  
**Insertion of dental implants**

שימוש במשתלים דנטליים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם קיים חסר של שן אחת או יותר. הכנסת המשתל מתבצעת כפעולה כירורגית תחת אלחוש מקומי.

שם המתרפא: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר: \_\_\_\_\_  
על טיפול בי תוך שימוש במשתלים דנטליים בלסת עליונה ו/או תחתונה.

פירוט (סוג, מיקום וכמות): \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי")

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע משתל, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול במשתלים. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות, כאב ושטפי דם תת עוריים.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי, לרבות: זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולרי בעת השתלות בלסת התחתונה שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה ו/או בסנטר ואפשרות לפגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת השתלות בלסת העליונה. הוסברה לי האפשרות של אי קליטת המשתל, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת המשתל יש צורך להוציאו ו/או לבצע טיפול מתקן.  
הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים לאחר הניתוח החדרת המשתל הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כשבועיים.  
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 ביוזמתי ושלא על דעת הצוות המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא אחרים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה זמנית בפתחת הפה.  
אם יוחלט על 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 \_\_\_\_\_

ד"ר ברנרד דהן / ד"ר בנימין רצקין  
ד"ר אן סופי אטל / ד"ר רפי רומנו  
ד"ר מארי כהן / ד"ר רות אדרי

שד' מוריה 78, חיפה 34613  
טל' 04-8244991, פקס 04-8343333/2

**Moriah Periodontal Center**  
Periodontics and Implantology

Dr. Bernard Dahan / Dr. Benjamin Retzkin  
Dr. Anne-Sophie Attal / Dr. Rafi Romano  
Dr. Marie Cohen / Dr. Ruth Edry  
78 Moriah Av., Haifa 34613  
T. 04-8343333/2, F. 04-8244991

e-mail: mpc@m-m-m.co.il  
www.m-m-m.co.il

This is  
Our  
Passion