

הסכמה לטיפול כירוגי / עקירת שן ו/או אפיסקטומי
-Surgical procedure / Tooth extraction / Apicectomy

שם משפחה: _____
 שם פרטי: _____
 תעודת זהות: _____
 שם האב: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך בטיפולים -
 הוסברו לי התוצאות המקוות, ודרכי הטיפול האפשרויות בנסיבות המקרה
 וכן התוצאות העלולות לנבוע מחוסר טיפול.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול 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 הלסת 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 ביקורת 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 המטופל/ת: _____
 שם האפופטרופוס (קירבה): _____
 חתימת האפופטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש): _____

אני מאשר כי הסברתי למתרא/אפופטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על
 ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

_____ מספר רשיון

_____ חתימה

_____ שם הרופא