

הסכמה לטיפול שיניים - ילדים

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

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר - שם משפחה _____ שם פרטי _____ על ביצוע טיפול שיניים בהרדמה כללית/סדציה, לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הטפול כאמור לעיל (להלן - הטפול העיקרי). הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטפול העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בודאות או במלואם. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות טפולים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הטפול העיקרי. בטיפולים מסוימים ובעיקר ממושכים יתכן צורך בצנרור כיס השתן לשם מעקב ונתור בפעולה. ידוע לי שיתכן צורך באשפוז לאחר הרדמה - על כך ייגבה תשלום לבית החולים. הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיו צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים. הובהר שייתכן ויהיה צורך לאשפז אותי בבית החולים, לאחר טיפול השיניים בהרדמה כללית. ההחלטה לגבי האשפוז, נתונה להחלטתו הבלעדית של הרופא המרדים. ידוע לי שהתשלום בגין האשפוז, יחול עלי והוא ישולם על ידי, ישירות לבית החולים בתום האישפוז. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית החולים ושל המרפאה וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית-החולים בכפוף לחוק. אני מסכים ומבקש לעבור את טיפול השיניים בעדיפות ראשונה תחת סדציה / בהרדמה כללית.

תאריך: _____
 שם האפוטרופוס: _____
 חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש): _____

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה למטופל /לאפוטרופוסו את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מספר רשיון

חתימה

שם הרופא