



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה לטיפול כירורגי למשתלים 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/ה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

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. הוסברו 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 לאי קליטת המשתל, ואני מבינה שבמקרה של אי קליטת המשתל יש צורך להוציא ו/או לבצע טיפול מתקן. הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כשבועיים.

כן הוסבר לי ואני מבינה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתיל 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 נותנת/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 בפתיחת הפה. אם יוחלט על הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

תאריך _____ חתימת המתרפא/ה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה / לאפוסטרופוס של המתרפא/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ מספר רשיון _____

יחזת פה ולסת