



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 שיניים Dental treatment

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 הצורך בטיפול שיניים מירוט תכנית הטיפול (הוסף דף אם יש צורך): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

להלן: "הטיפול העיקרי".

הוסבר לי על הטיפול העיקרי, לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות, זיהום ורגישות לקור וחום.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול העיקרי, יסתבר שיש צורך לשנות את תכנית הטיפול כולה או חלקה, לרבות טיפולים נוספים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, לרבות הפניה למרפאות מומחים (כירורגיה, טיפולי שורש, טיפולי חניכיים וכו') ואני מודעת/ת לאפשרות זו.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/הרופא 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 בפתירת הפה.

תאריך חתימת המתרפא/ה

שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה / לאפוטרופוס 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

2941

\* מחקי את המיותר

יחידת פה ולסת