

# טופס הסכמה לטיפול שיניים

## Dental treatment

שם המתרפא/ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

על הצורך בטיפול שיניים בהתאם לתוכנית הטיפול (הוסף דף אם יש צורך):

### להלן: "הטיפול העיקרי"

הוסבר לי על הטיפול העיקרי, לרבות על התוצאות המקוות, הסיכויים 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, רגישות לקור וחום והגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל.

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 בתחומם 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, קבלת 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, פגיעה בתחושה בשפה/או בלשון ו/או בסנטר ו/או בפנים, שטף דם תת עורי, נפיחות והגבלה בפתיחת הפה. אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או טשטוש לווריד יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

חתימת המתרפא/ה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס  
(במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

(קרבה)

שם האפוסטרופוס

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה / לאפוסטרופוס של המתרפא/ה / למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם. שם המתרגם/קרבה למתרפא/ה: \_\_\_\_\_

מס' רישיון

חתימת הרופא

שם הרופא/ה