

טופס הסכמה לטיפול לייזר לסגירת קרע

מדבקה

מטרת הטיפול לסגור את הקרע ברשתית, כדי לנסות ולמנוע הפרדות רשתית אם הקרע יישאר פתוח. מבצעים טיפולי לייזר רבים סביב הקרע במטרה לסגור אותו ולמנוע חדירת נוזלים מתוך העין, דרך הקרע אל מתחת לרשתית שיכולים לגרום להפרדת רשתית. ללא טיפול יש סיכוי גבוה להתפתחות של הפרדות רשתית ואז יהיה צורך בניתוח לתיקון ההפרדות. הטיפול בלייזר יבוצע בפעם אחת או לעיתים יידרש טיפול נוסף.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל/ת:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____

שם פרטי

שם המשפחה

חתימת המטופל

שעה

תאריך

על הצורך בביצוע טיפול לייזר לסגירת הקרע (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני נותן/ת בזה את הסכמתי ומסמיך את דר' /פרופ': _____ מהצוות של medica לבצע טיפול לייזר לסגירת קרע ב- עין ימין עין שמאל

אני מאשר/ת שאני מבין/ה ש:

- לעיתים יש צורך בזריקת הרדמה מקומית מתחת לעפעף, ליד העין, אשר תקטין את תחושת אי הנחות בזמן הטיפול. לעיתים נדירות מאוד יכול להיגרם נזק קבוע לראייה מזריקת ההרדמה עצמה.
- לאחר הטיפול, יש צורך בהמשך מעקב, כדי להעריך את התגובה לטיפול ואת מצב המחלה ברשתית. לעיתים יש צורך בתוספת טיפול. אני מבין/ה שזוהי אחריות הנבדק/ת להקפיד על מעקב סדיר לאחר טיפול הלייזר.
- הסיבוכים מהטיפול מינמליים. מאחז קטן מאוד יכולה ממברנה אפירטילנית באזור מרכז הראייה ולהוריד את הראייה.

אני מבין/ה את מטרת הטיפול, הסיבוכים הכרוכים בטיפול שהוסברו לי ע"י דר' /פרופ': _____ וכל השאלות שהיו לי נענו לשביעות רצוני.

אני מאשר/ת שקראתי או שהקריאו בפני את המידע הכתוב לעיל ואני מסכים/ה לטיפול תוך כדאי הבנתי את הסיבוכים האפשריים הכרוכים בו.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת המטופל/ת: _____

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת/לאפוטרופוס של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

שם המתרגם _____ קשריו למטופל _____