

טופס הסכמה לטיפול בגלי רדיו R.F

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

על טיפול גלי רדיו - radio frequency

למטרה: _____

ידוע לי כי הטיפול נעשה בעזרת מחט מיוחדת ותחת אלחוש מקומי. וכן אמצעי הזהירות הננקטים ע"י הרופא כדי לוודא את מיקום המחט לאחר החדרתה, לרבות שיקוף רנטגן/US/CT, הזרקת חומר ניגוד ובדיקת עצב חשמלית. הובהר לי כי ניתן לחזור על הטיפול בעתיד. הטיפול נעשה במסגרת אמבולטורית ללא צורך באשפוז. השפעת הטיפול לרוב אינה מיידית אלא תוך 3-4 שבועות ועשויה להימשך תקופה ממושכת לאחר הטיפול.

קיימת אפשרות שאחוש כאב ו/או אי נוחות במקום ההזרקה למשך מספר ימים.

סיבוכים אפשריים: במקרים נדירים עלול להיפגע העצב המטופל ובמקרים נדירים יותר יתכן שטפי דם, מורסות או פגיעה באברים הסמוכים למקום הזריקה. קיימת אפשרות שידרש טיפול נוסף לרבות פעולה כירורגית, עלולה להתפתח תגובה אלרגית לחומרי הזרקה.

הטיפול הינו יעיל כאשר הכאב החל לאחרונה ויעילותו פוחתת ככל שהכאב ממושך יותר. כמו כן, יעילות הטיפול תלויה בחומרת המחלה הבסיסית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי הסיבוכים האפשריים. הוסבר לי כי במקרה של מבנה אנטומי מסוים לא יהיה ניתן להשיג את המטרה והטיפול יופסק על פי החלטת הרופא. הוסבר לי אלטרנטיבות הטיפוליות ותופעות הלוואי שלהן.

אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע הטיפול.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו. בהתאם לנהלים ולהוראות של medica כאחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

האחראי לטיפול הוא הפרופי/ד"ר: _____

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 החולה _____

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאפוטרופוס של החולה 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: _____

קשריו למטופל

שם המתרגם