

טופס הסכמה לניתוח הקטנת שפתי הפות

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או רפואיות של השפתיים הקטנות בפות.
הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה אזורית אן בהרדמה כללית.

מדבקה

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

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

ת.ז.

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

שם פרטי

שם המשפחה

על ניתוח לתיקון קוסמטי לקיצור של השפתיים הקטנות (להלן: הניתוח העיקרי).

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה כולל הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מאלה. הוסברו לי התוצאות המקוות והמגבלות של יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים קיצור השפתיים לא ישיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתכווצות לא אחידה של העור במקום הניתוח ואסמטריה של השפתיים או ברקמת צלקת רבה, קלואידלית, והופעת גומות או בליטות באזור הניתוח עד הצורך בניתוח נוסף. הצלקות תלויות בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי בניתוח ולאחריו כולל כאב, אי נוחות ושינויים חולפים או קבועים בתחושת העור, במקום הניתוח. בנוסף יתכן דימום, זיהום ונזק לעור, במקום הניתוח.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות, שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת או בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי medica יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות תגובה תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי הרדמה והסיכונים האפשריים של שימוש בחומרי הרגעה שעלול לגרום לעיתים נדירות להפרעות בנשימה ובפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולים במערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הטיפול / הניתוח בהרדמה כללית או אזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך של. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותי 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 ויישמר 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