

טופס הסכמה לניתוח קוסמטי של האוזניים

OTOPLASTY

מדבקה

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנח אפרכסות האוזניים או לצורך תיקון קוסמטי אחר. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית, בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה כללית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם המשפחה: _____

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

על ניתוח קוסמטי OTOPLASTY ב: אוזן ימין אוזן שמאל שתי אוזניים, פרט מהות הניתוח: _____

(להלן: "הניתוח העיקרי")

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, לרבות: האפשרות של אסימטריה ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות ושינוי תחושה בעור האפרכסת, הוסבר לי שחתכי הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של עור האפרכסת ובסחוס האפרכסת עצמם ובכל מקרה תותרנה צלקות בחתכי הניתוח במקרים בהם יורחק סחוס מהאפרכסת, תיתכן היווצרות קפל עור בקדמת האפרכסת. הוסברו לי שצורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן, הוסבר לי על הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי אובדן עור ו/או סחוס, פעירה של שולי החתכים וחוסר תחושה בעור האפרכסת.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה, 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 לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת הרופא יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

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

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו על ידי פרופי/ד"ר: _____ בהתאם לנהלים ולהוראות.

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