

# טופס הסכמה לניתוח מתיחת פנים

## FACELIFT

### מדבקה

הניתוח הינו קוסמטי ומיועד למתוח את עור הפנים והצוואר ולהסיר עודפי שומן באזור הפנים, הניתוח אינו עוצר את תהליכי הזדקנות העור. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרי הרגעה או בהרדמה כללית.

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

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 המטופל/ת: \_\_\_\_\_ שם המשפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

על ניתוח מתיחת פנים FACELIFT (להלן: "הניתוח העיקרי").

על ניתוח למתיחת פנים ועל האזורים המתוכננים למתיחה. הוסברו לי הגישות הניתוחיות המקובלות והגישה הניתוחית שנבחרה. לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: מתיחת הפנים-הצוואר/מתיחת המצח/תיקון העפעפיים/ביצוע קילוף סביב הפה.

פעולה נוספת-פרט: \_\_\_\_\_

(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח וכן האפשרות שתיווצר אסימטריה בפנים. הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי, לרבות: כאב ואיננוחות, נפיחות ניכרת ומתיחת יתרה של הפנים, והפרעות בתחושה שייחלפו לאחר פרק זמן.

הוסבר לי, שבכל מקרה תיוותרנה צלקות באזור החתכים, הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיוותרנה, תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הובהרו לי הסיבוכים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום, פעירה של שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים וחסר שיער באזורי הצלקות. כמו כן, יתכנו פגיעות עצביות המתבטאות בשיתוק, עד כדי אסימטריה של הפנים, ו/או פגיעה תחושתית.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות, שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך וורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית, לרבות: תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המרדים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יעשו בידי פרופ' 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 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