

טופס הסכמה חיתוך "לשון קשורה"

Lingual Frenectomy

מדבקה

ניתוח/פעולה לחיתוך "לשון קשורה" מתבצע, בדרך כלל, כאשר הרקמה, שמחברת את הלשון לרצפת הפה קצרה מדי ומגבילה את תנועת הלשון בחלל הפה או את הוצאתה אל מחוץ לחלל הפה. מצב זה עלול לגרום לבעיות בהנקה, לשיבושי היגוי, להפרעה בהרטבת השפתיים, להגבלה בהרמת הלשון אל גג הפה ועקב כך, ליצירת בעיות אורתודנטיות.

החיתוך מתבצע במספרים, סכין, או בלייזר ולעיתים עם פלסטיקה מקומית של הרירית.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זו: ללא הרדמה כללית אזורית מקומית

הניתוח / פעולה מתבצע לרוב ללא הרדמה, או בהרדמה טופיקאלית (ביילודים), בהרדמה מקומית (בתינוקות שעדיין לא הנצו שיניים או במתבגרים ומבוגרים), או בהרדמה כללית (בילדים גדולים יותר או בחרדים מהרדמה מקומית)

שם המטופל/ת:	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר:				
שם פרטי	שם המשפחה	שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי
תאריך	שעה	חתימת המטופל	חתימת המטופל	חתימת המטופל

על הצורך בחיתוך הפרנולום (שחרור לשון קשורה) Lingual Frenectomy (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי ניתן לי הסבר על המשמעות של אי ביצוע הניתוח העיקרי שיחייב האכלה מבקבוק, טיפול אצל קלינאי/ית תקשורת בשל שיבושי היגוי, טיפולים אורתודנטיים בעתיד.

הוסבר לי, שקיימים מקרים בהם יהיה צורך בניית חוזר עקב חיתוך לא מספק או הצטלקות מקומית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבר לי תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות ודימום מקומי קל.

אני מצהיר/ה ומסכים/ה לכך שחיתוך הפרנולום (שחרור לשון קשורה) וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של medica וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

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 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 התקשורת. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו.

ט. 0090

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