

טופס הסכמתה לניתוח אף RHINOPLASTY

מבדקה

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או לשפר את מעבר האוויר הניתוח מתבצע בהרדים מוקמיות בתוספת חומרי הרגעה, או בהרדים הכלליות.

ת.ז.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה	שם המטופל:
------	--------	---------	----------	------------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלת הסביר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: שם המשפחה שם פרטי

על ניתוח אף לצורך תיקון קוסמטי ו/או לצורך שיפור מעבר האוויר

לאחר בדיקה סוכם על ביצוע: ישור המחיצה SMR הרחקת טורבינות TURBINECTOMY תיקון אסתטי Y

פרט פעולות מתוכננות: _____
(להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקומות ומוגבלות יכולת התקון בניתוח, הקשרות, בין השאר, במבנה אף, טיפול העור המכסה את האף וגיל, וממצאים בלתי צפויים שייתגלו במהלך הניתוח העיקרי.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי-נוחות, נפיחות חיצונית ופנימית, עד כדי קושי נשימה, ושתפי דם תת-עורריים. הוסבר לי כי ככל מקרה של ניתוח נחיריים, יוותרו צלקות בסיס הנחיריים. הוסבר לי שצורת הצלקות תלויות בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיים מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הניתוח העיקרי לרבות: דימום, זיהום, נקב במחיצת האף, הפרעות בחוש הריח, נטלת וקושי נשימה לתקופה ממושכת. כמו כן, ניתן נזק לרקמות עמוקות כמו שרירים וצינור הדם ואסימטריה במבנה האף. אני מונע/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את הייפוי, לשנותו, או לנקט הליכים אחרים או נוספים לצורך חילת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספת, שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלאם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאוֹת הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזקה תוך וורידית של חומרי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והתגובה האפשרות של שימוש בחומרי הרגעה, שעולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה והפרעות בעקבות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המדרדים.

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח העיקרי העיקרי וכל ההליכים האחרים, יישו בידי רפואי ד"ר:

רחוב הברזל 28 רמת החיל, תל-אביב, טלפון: *2147



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שMOVEDר-smiDeR (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוני מכך מדור אחר, לרבות מידע
שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי,
ণיניות, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטים אישיים ופרטיה התקשורות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה
במאגרי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את
המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך
ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם
הmbטח) 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, פירשו ו/או הפרטו
ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יהלו דיני מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה
זה וכן לכל הרחבה, שניוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור
לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולת נשך)

שם האפוטרופוס (קירה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדורש וכי הוא/היא חתמה/
על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם