

טופס הסכמה לניתוח מתיחה בטן

ABDOMINOPLASTY

מדד בקנה

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי באמצעות הסרת עודפי עור ושומן מאזור הבطن, לעתים יהיה צורך במתיחה של מעטפת שריר הבطن שנחלשו. הניתוח מבוצע בהרדים אזורית או כללית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטיה

שם משפחה

שם המטופל:

שם פרטיה

שם המשפחה

שם המטופל:

על ניתוח מתיחה הבطن ABDOMINOPLASTY (להלן: "הניתוח העיקרי"),

הוסברו לי התוצאות המקוות של הניתוח העיקרי, וכן שיתכננו מקרים בהם לא תושג בטן חלקה ויישארו עודפי עור ושומן.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتם הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: זמי בעור. הוסברו לי ככל מקורה תיווטרנה צלקות בשיפולי הבطن. הוסברו לי לצורך הצלקות שתיווטרנה תלויות בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם יכולות להפתח צלקות קלואידיות.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פערת שולי החתכים, פגעה בתוחות העור, חוסר סימטריה של הבطن, סרומה (נסיוביות) ובמקרים נדירים נמק בשולי התפרים. בנוסף, יתכן שינוי במיקום הטעור ו/או עיות צורתו (UMBILICUS)

אני מונע/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. כמו כן, אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי ואני מבין/ה שקיים אפשרות שתזוז מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו, או לנקט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלה חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימ/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספת שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הובהר לי שהניתוח מתבצע בהרדים כללית או אזורית והסביר על ההרדים יינתן לי על ידי מודדים.

אני יודע/ת ומסכימ/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו על ידי רפואי ד"ר: בהתאם לנהלים ולהוראות.

פ. 00200

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שMOVEDר-smoover ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודוטי 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, סיכון רפואי וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמייה. פרטים אישיים ופרטיה התקשורות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במגררי 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 המבטיח) 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 נוספיםים 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 הרופא:

חתימה:

שם המתרגם

קשריו למטופל