



טופס הסכמה לניתוח הרמת מצח/גבות

MDBKA

מטרת הניתוח הינה להרים את הגבות למן חן הטבעי, הניתוח מבוצע באמצעות הסרת עודפי עור דרך חתך בקו הקדמי של השיער, או מספר סמי' מאחוריו קו זה, ולעתים דרך חתכים במצח עצמו או מעל הגבות. לעיתים הגישה הינה דרך החתכים באזורי הרקמות או שיש שימוש בתפרים או באיברים אחרים כדי למקם את הרקמות. בחלק מן השיטות מבטלים פועלתם של חלק מן שריריהם, כדי להפחית את כמות הקמטים במצח.

שם המטופל/ת: _____
שם משפחה: _____
ת.ג.: _____
שם האב: _____
שם פרט: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, שקיבלתني הסבר מפורט בעל פה מפרופ' ד"ר: _____
שם המשפחה: _____
שם פרט: _____

על ניתוח הרמת המצח והגבות, בשיטת (פרוט): _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלועאי לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואינוחות, נפיחות בעפעפים, יובש בעיניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחות, חסור תחושה, ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים, כמו גם בחילות והקאות, כמו כן הוסבר לי כי הצלקות תיראה ברור במשך מספר שבועות ולאחר מכן תשטשנה, ידוע לי כי תמיד ניתן היה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי צלקות אלה עלולות להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומרגדות לצמינות) או רחבות ומכוערות, וטיבן קשור לסוג העור שלו ויכולת הריפוי שלו. הוסברו לי השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע.

הוסברו לי התוצאות המקובלות והמגבלות של יכולת התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של החלק העליון של הפנים.

כמו כן, הובחו לי הסיבות האפשריים לרבות: דימום, זיהום (חידקי או ויראלי - הרפס), פערת שולי חתכים, נמק של רקמה באזור החתכים, וחסר שיער באזור הצלקות, ציסות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת עפף, כאב קרוני, חולשה זמנית או קבוצה של עצב הפנים, שינוי בצורת הבהעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הגבות והפנים, ו/או פגיעה תחושתית, ולעתים רחוקות, דימום אשר יצריך ניתוח דחוף לעצירת הדימום, וכאב קרוני.

אני נotent בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.
הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדים מקומיות והריגה עמוקה, הסבר על ההרדה הכללית ניתן לי על ידי מרדים.

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 היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלא ניתן לצפות בעת בודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות, שלדעתי רופאי TLV MEDIKL יהיה חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול לצרכים מדעיים, תיעוד ומעקב.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות, המנתה מתחביב, לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצiosa, אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי ממשום סוף, בשל סיבוך או תוצאה לא רצiosa לאחר הטיפול, כמו כן, לא יוכסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדןימי עבודה, רכישת תרופות, נסיונות מיוחדות, אשפוז, ועוד כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו עברו. במידה ויחולט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך כלל בשנה שיש צורך בניתוח מתון, הוא יבוצע בהסכם 2 הצדדים במחיר עולות.



אני מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיעו במועד על כל שינוי
בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת לפי בחירתתי.

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ אופטורופוס ביום קבלת הטופס לראשונה
-------	-----	--

תאריך	שעה	חתימת המטופל/ אופטורופוס ביום קבלת הטופס בפעם השנייה
-------	-----	--

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אופטורופוס את כל האמור לעיל בפרט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחרי שוכנעתי שהסבירי הובנו
במלואם.

תאריך	שעה	חותמת וחתימת הרופא
-------	-----	--------------------

ידעו לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמיידע שMOVEDר ל- **TLV מדיקל** (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 שMOVEDר ל- (לרבבות מידע רפואי, סיכון/
טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשלומים ווד), ירשם ויישמר על ידי
המרפאה במאגרי המידע שלו, 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 החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים")
וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, וייסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל
והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והונגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו
ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יכולו דין מדינת ישראל.
בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס והסכם
זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיה דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור
לעיל.

חתימת החולים	תאריך	שעה
--------------	-------	-----

חתימת האופטורופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולת נש)	שם האופטורופוס (קירבה)
--	------------------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה /לאופטורופוס של החולה את כל האמור לעיל בפרט הדרוש וכי הוא/ היא חתום/ה
על הסכמה בפני לאחר שוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא:	חתימה:	מספר רישון:
-----------	--------	-------------

שם המתרגם:	קשריו למטופל
------------	--------------