



## טופס הסכמה לניתוח הקטנת שדיהם

### BREAST REDUCTION

mdbka

נתוח להקטנת שדים היו ניתוח קוסמטי, ולעתים מתבצע בשל צורך רפואי, הניתוח מבוצע בהרדיםמה כללית.

שם המטופלת: \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_  
שם פרטיה \_\_\_\_\_  
שם האב \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהירה ומאשרת בזאת, שקיבلتني הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/<sup>ד"ר</sup>: \_\_\_\_\_  
שם המשפחה \_\_\_\_\_  
שם פרטיה \_\_\_\_\_

על ניתוח להקטנת BREAST REDUCTION ■ שני שדים ■ שד ימין ■ שד שמאל (להלן: "הניתוח העיקרי").  
הוסבו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנسبות המקהלה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן וסיכון הצלחתן.  
הוסבו לי התוצאות המקומות של הניתוח העיקרי וכן מגבלותיו לרבות אסתטיקה בין השדים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבו לי תופעות הלועאי, לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואיינוחות. כמו כן, הוסבר לי  
שבחלק מהמקרים לא תהיה אפשרות להניך לאחר ניתוח להקטנת שדים.  
הוסבר לי שבכל מקרה תיוותרנה צלקות על השד ומתחתיו, הוסבר לי, שצורת הצלקות שתיוותרנה תלואה בסוג העור שלי ותכונות  
הריאפי שלו ויש מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואדיות.

כמו כן, הוסבו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, פגירה של החתכים, פגיעה בתוחשה בפטמות  
ואפשרות להתקפות נמק חלקיק של הפטמה והעטרה או של חלק מרקמת השד שייצורכו, לעתים רוחקות, התערבות ניתוחית.

אני מודעת בזאת, את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.  
כמו כן, אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסבר לי ואני מבינה, שקיים אפשרות שתוקם מהלך הניתוח העיקרי, יتبירר שיש צורך  
להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים לצורך חילוץ חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות  
כירורגיות שלא ניתן לצפותם בעת בודאות או במלאם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך, אני מסכימה גם באותה הרחבה,  
שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירוגיות נוספת, שלדעת הרופאה יהיו חיוניים או דרושים במהלך  
הניתוח העיקרי.

הוסבר לי, שהניתוח מבוצע בהרדיםמה כללית והסביר על ההרדיםמה יינתן על ידי המדרדים,

אני יודעת ומסכימה לכך, שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים, יישו בידי רפואי/<sup>ד"ר</sup>: \_\_\_\_\_



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליים כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמוועבר ל-**TLV MEDICAL** (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 שמווענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי ו/או ניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשורת. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במארגי המידע שלו, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 ותקנות 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 השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל 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, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיתנו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. 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 כמפורט לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולת נש)

שם האפוטרופוס (קירבה)

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

MAIL: רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם