



## טופס הסכמתה לניתוח הקטנות שפתי היפות

MDBKA

הניתוח מתבצע למטרות קוסמטיות ו/או רפואיות של השפטים הקטנות בפות.

הניתוח מתבצע בהרדמה מקומית בתוספת חומרិי הרגעה או בהרדמה אוזורית אן בהרדמה כללית.

ת.ז.

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופלת:

שם פרטי

שם המשפחה

שם רפואי

שם מטופלה:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتني הסבר מפורט בעל פה מרופי/ד"ר: \_\_\_\_\_

על ניתוח לתיקון קוסמטי לקיצור של השפטים הקטנות (להלן: הניתוח העיקרי).

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנסיבות המקраה כולל הסיכוןם והסיכוןם הכרוכים בכל אחד מלאה. הוסברו לי התוצאות המקומות והמוגבלות של יכולת התיקון בניתוח, דהיינו, לעיתים קיצור השפטים לא ישיג את התוצאות הרצויות ו/או שתתבטא בהתקচות לא אחידה של העור במקומות הניתוח ואסטטיקה של השפטים או ברקמת צלקת רבה, קלואידלית, והופעת גומות או בליטות באיזור הניתוח עד הצורך נוספת נוסף. הצלקות תלויות בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו.

אני מצהירה ומאשרת בזאת, כי הוסברו לי תופעות הלועאי בניתוח ולאחריו כולל כאב, אינוחות ושינויים חולפים או קבועים בתחום העור, במקומות הניתוח. בנוסף יתכן דימום, זיהום ונזק לעור, במקומות הניתוח.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות, שבמהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספיםים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן בעת או בודאות או במלאם, אך שימושם הובירה לי, לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספיםים, לרבות פעולות כירורגיות של דעת וופאי TLV מדייל היו חיוניים או דרישים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתה ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזקה תוך ורידית של חומרិי הרגעה, לאחר שהוסברו לי הסיכוןם והסיכוןם של הרדמה מקומית לרבות תגובה תגובת אלרגית בדרגות שונות לחומרិי הרדמה והסיכוןם האפשריים של שימוש בחומרិי הרגעה שעלול לגרום לעיתים נדירות להפרעות נשימה ובפעילות הלב בעיקר אצל חולאים ובמערכת הנשימה.

אם יוחלט על ביצוע הטיפול / הניתוח בהרדמה כללית או אוזורית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי המדרדים.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך של.

אני מסכימים לכך שמידע שמוuber ל-TLV מדייל (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מקבל אודוטוי 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 טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטם אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטויות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו.



**TLV  
MEDICAL**

מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ו 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים") וכן לצורך וקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המביטה) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתי פגוע בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינתי ישראל. בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים, לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים, במהלך הנitionה העיקרי כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חוליה נפש)

שם האפוטרופוס (קרובה)

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

מס' רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קישורו למטופל

שם המתרגם