



טופס הסכמתה לניתוח מתיחה בטן

ABDOMINOPLASTY

mdbka

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי באמצעות הסרת עור ושומן מאזור הבطن, לעיתים 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"),

hosburo li hatozot hameko'ot shel hanitoch ha'ikri, v'ken shi'tcnu m'krim b'hem la tushg batn chalka viyisharo uodphi ur v'som.

ani mazhar/ha v'mashar/t b'zot ci hosburo li topouot haloo'i la'achor hanitoch ha'ikri lerob'ot cab, ai nochot, npihot, v'ovben tchoshah zmani be'ou. hosburo li be'kol mukrah tivothna tzlikot b'shipoli batn. hosburo li tzchorot hatzlikot sh'tivothna taliyah basog ha'ou sheli v'tchonot harifi shlo vish m'krim b'hem yekolot l'hafach tzlikot kloaidiot. camo can, hosburo li hisibotim ha'afsharim le'rivot: dimum, zihom, p'urut sholi ha'chotkim, f'gi'ah ba'tchoshat ha'ou, chosar simteria shel batn, sromma (n'siyobiot) v'b'mkrim n'dirim n'mak b'sholi ha'tperim. b'nusf, yitcan shinui b'mikom ha'tbor v/ao uiyot zorata (UMBILICUS)

ani n'otn/t b'zot at ha'scmati l'b'itzu hanitoch ha'ikri. camo can, ani mazhar/ha v'mashar/t b'zot ci hosburo li v'ani m'bi'nah sh'kiymat ap'shorot sh'toz mahal' hanitoch ha'ikri y'tberr shish chor'z le'harchib ot ha'ikpo, le'shnot, ou l'kot b'halicim a'chrim ou nos'fim lazor'z ha'zel chayim ou l'min'ut zak gonfi, le'rob'ot pe'ulot cirurgiot nos'fot, shla n'itn l'zafot cut b'rodot au b'melot, ak' meshumotim ha'vora' li. le'pic'k ani m'sakim/ha g'm la'otah ha'rechba, shinui au b'itzu halicim a'chrim ou nos'fim, le'rob'ot pe'ulot cirurgiot nos'fot sh'ldut ha'rofah/yi'yu chionim ou doroshim b'mahal' hanitoch ha'ikri

habbar li sh'hanitoch matbazu b'herdema k'lilit av ozorit v'hosburo ul ha'herdema y'inten li ul ydi mer'dim.

ani yod'at v'm'sakim/ha lac'h sh'hatipol ha'ikri v'kol halicim a'chrim y'us' ul ydi pruf/DIR:
bah'tam l'nahlim v'lhorot.



ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול عليכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכימים לכך שמידע שמוועבר ל-**TLV מזיקל** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתබל אודזוטי 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 ניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטי התקשורת. אמצעי תשלום ועובד), 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 מידע בהוראות כל דין. לרבות 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 (לרובות הרופא המטפל והגורם המביטה) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בcpf או להוראות כל דין. על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע אליו הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל. בחתימתה מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לבכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים במהלך הנitionה העיקרי של הסכמה בפניהם לאחר ששותכני כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קירה)

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

MAIL: רשיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם