



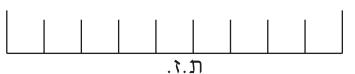
טופס הסכמה לניתוח קוסמטי של האוזניים

OTOPLASTY

mdbka

הניתוח נועד לתיקון קוסמטי של מנה אפרכסות האוזניים או לצורך תיקון קוסמטי אחר.

הניתוח מבוצע בהרדים מהומית, בתוספת חומרי הרגעה או בהרדים כליליים.



שם האב

שם פרטי

שם משפחה

שם המטופל:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבلتني הסבר מפורט בעל פה מפרופ'/{ד"ר}: _____

שם המשפחה

על ניתוח קוסמטי OTOPLASTY ב: אוזן ימין אוזן שמאל שני אוזניים, פרט מהות הניתוח: _____

(להלן: "הניתוח העיקרי")

הוסבו לי התוצאות המוקוט וمبرילות יכולת התיקון בניתוח, לרבות: האפשרות של אסימטריה ו/או חזרת האוזן למצבה הקודם.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת, כי הוסבו לי תופעות הלועאי של הניתוח העיקרי לאב, אי נוחות ושינוי תחושה בעור האפרכסת, הוסבר לי שהתקני הניתוח מתבצעים בחלק הקדמי או האחורי של עור האפרכסת וב��חומי האפרכסת עצם ובכל מקרה תונדרנה צלקות בחתכי הניתוח במרקם בהם ווורחק סחוס מהאפרכסת, תינכן היוצרים כפל עור בקדמת האפרכסת. הוסבו לי שצורת הצלקות תלולה בסוג העור שלו ובתכונות הריפוי שלו וקיים מקרים בהם תפתחנה צלקות קלואידיות. כמו כן, הוסבר לי על הסיכון והסיבוכים האפשריים, לרבות: זיהום עד כדי אובדן עור ו/או סחוס, פיראה של שולי החתכים וחוסר תחושה בעור האפרכסת.

אני מודע/ת בזאת את הסכמי לבייצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי ואני מבין/ה, כי קיימת אפשרות, שבמהלך 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 ממשמעות הובהר לי. לפיכך אני מסכム/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או בייצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת הרופא יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכםתי ניתנת בזאת, גם לביצוע הרדמה מקומית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבו לי, הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה. והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, עשוי לגרום לעיטים נדיות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה, אם יחולט על ביצוע הניתוח בהרדים כלילי, ניתן לי הסבר על ידי המרדים.

אני מודע/ת ומסכם/ה לכך, שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו על ידי פרופ'/{ד"ר}: _____
בהתאם לנהלים ולהוראות.



יודע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחראיות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.
אני מסכים לכך שמידע שMOVEDר ל-**TLV MEDICAL** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אוזותיי מכל מקור אחר, לרבות
מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמועדן לי (לרבות מידע רפואי, סיכון רפואי
טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטיים אישיים ופרטית התקשורת. אמצעי תשלום ועוד), ירשם ויישמר על ידי
המרפאה במאגרי המידע שלה, 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
החולה) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, וימסר 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 בנסיבות האמור לעיל, פירשו ו/או
הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דין מדינתי ישראלי.
בחתימתני מטה אני נוטן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הנitionה העיקרי כמפורט בטופס
הסכם זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספיםים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הנitionה העיקרי
כאמור לעיל.

חתימת החולה

שעה

תאריך

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה / לאפוטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא
חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו/ה את הסברתי במלואם.

מס' רישיון:

חתימה:

שם הרופא:

קשריו למטופל

שם המתרגם