

טופס הסכמה לטיפול עם מיני שתלים אורתודונטיים זמניים

הוסבר לי כי שימוש במיני שתלים אורתודונטיים נעשה לצורך סיוע בהשגת ועיגון במהלך הטיפול האורתודונטי. הכנסת מיני שתלים מתבצעת כפעולה כירורגית קטנה תחת אלחוש מקומי. שם המתרפא/ה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה	שם פרטי
_____	_____

על טיפול בי תוך שימוש מיני שתלים אורתודונטיים בלסת עליונה ו/או תחתונה. פירות (סוג, מיקום וכמות): _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע מיני שתלים, לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול מיני שתלים. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול לרבות: כאבים ורגישות באזור המיני שתלים והשיניים הסמוכות. כמו כן הובהרו לי הסיכונים וסיבוכים של הטיפול לרבות: דלקת סביב המיני שתלים, אפשרות לפגיעה באחת השיניים הסמוכות. הוסברו אפשרויות באי קליטת המיני שתלים, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת השתל יש צורך להוציאו ו/או להחליפו. הוסבר לי שאופן ומשך החלמה של העצם והחניכיים לאחר החדרת השתל הם אינדיבידואליים לא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כמספר ימים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות על שמירת היגיינה חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם. אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול. הסכמתי ניתנת בזאת לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי סיכונים וסיבוכים של הרדמה לרבות נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה.

תאריך	חתימת המתרפא/ה
-------	----------------

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

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה לאפוטרופוס של המתרפא/ה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברים במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה	מספר רישיון
------------	-------	-------------