

טופס הסכמה לטיפול אורתודונטי

שם _____ תאריך _____
כתובת _____ טלפון _____ ת.ז.הות _____
שם האב: _____ ת.ז. _____
שם האם: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר רומנו ו/או צוות המרפאה ועל הטיפול האורתודונטי (להלן: "הטיפול העיקרי").
הוסברו לי מטרות הטיפול, משך הטיפול המשוער, דרכי הטיפול והמכשור הכרוך בו. הוצגו בפני דרכי הטיפול החלופיות האפשריות ובנסיבות המקרה, טרם הבחירה בטיפול העיקרי. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: תחושת לחץ, רגישות ונידודות חולפת של השיניים, אי נוחות עד כדי פציעה של הרקמות בפה ונפיחות של החניכיים. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: ספיגה מסוימת של שורשי השיניים, אובדן חיות של שן ורגישות בפרקי הלסת שמשמעותם הוסברה לי. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל, לרבות: הצורך בשמירה על הגיינה קפדנית של הפה במהלך הטיפול, בכדי למנוע היווצרות כתמים על השיניים ו/או עששת, שימוש נכון במכשור האורתודונטי, קבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביקורות במועדים שאדרש.
הוסבר לי שמשך הטיפול והשגת התוצאה המקווה תלויים, בין השאר, בליקוי הסגר הראשוני, בשינויים החלים עקב תהליכי גדילה שאין לאורתודונט כל שליטה עליהם ובשיתוף פעולה מצדי.
הוסבר לי ואני מבינה/שקיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול העיקרי יסתבר שיש צורך לשנות את תוכנית הטיפול כולה או חלקה, לרבות טיפולים נוספים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, לרבות שינוי במכשור האורתודונטי. הוסבר לי שלמרות הפעולות לשימור עמדת השיניים בסוף הטיפול, עלולים להיות שינויים כולל בעמדת השיניים. כמו כן הוסבר לי כי במידה שלאחר הטיפול יחולו שינויים בלתי צפויים בלסתות או בשיניים עלול להיגרם ליקוי סגר חדש, שתיקונו עשוי להצריך טיפול חדש.
אני נותנת/ות בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך: _____
חתימת המתרפא/ה: _____

טופס זה נוסח במשותף על ידי האגודה האורתודונטית בישראל ועל ידי עורכי הדין של המרכז לגיהול סיכונים ברפואת שיניים והוא אינו בא להסיר את אחריותו של הרופא במקרים של רשלנות רפואית).

- בסיום הטיפול יותקנו קיבועים המודבקים לשיניים העליוניות והתחתונות רק במידה והסגר או מבנה השיניים מאפשר זאת.
- בנוסף תימסרנה זוג פלטות שקופות להרכבה בלילה כתוספת לקיבוע המודבק בפה.
- במידה ויהיה צורך להכין פלטות מסוג אחר המופיע בסעיף הקודם המתרפא יחויב בעלות מעבדה
- במידה ובסיום הטיפול יהיה צורך בפלטות שקופות שישמשו כקיבוע זמני על מנת לאפשר ביצוע טיפולים משמרים טרם הדבקת הקיבוע, יחויב המתרפא בעלות הכנה של כול קשתית ככל שידרש.
- שבר של פלטה או קיבוע עלול לקרות כתוצאה מאכילה לא זהירה, הפרעת סגירת הלסת ועוד. תיקון השבר או ביצוע קיבוע חדש או פלטה חדשה יעשה ללא עלות אך ורק בשנה הראשונה לאחר הורדת המכשור האורתודונטי.
- לאחר תום השנה הראשונה המתרפא יחויב בעלות התיקון או עבור קיבוע חדש או פלטה חדשה
- אובדן פלטה יחויב במתרפא בתשלום בכול עת.