



טיפול רפואי אסתטי - הסכם כללי

בין ד"ר _____

ובין: _____ ת.ז. _____ מצד אחד; (להלן: "המטופל"). הואיל והמטופל בקבלת טיפול רפואי אסתטי והואיל ולד"ר _____ ההסמכה מטעם משרד הבריאות הישראלי ליתן רפואי אסתטי והוא מעוניין לעשות כן. **הקדמה:** הסכם זה נועד לפרט את ההתקשרות הכספית בין הצדדים מנגנון הטיפול בהחלמה, בסיבוכים ובתוצאה לא רצויה, במידה ויהיו, לאחר הטיפול/ים שאעבור. הוסבר הטיפול האסתטי אותו אעבור נעשה מבחירה, ללא צורך רפואי דחוף. ידוע לי כי הטיפול האסתטי הינו רפואי וכי ככל טיפול רפואי, הוא עלול להיות מלווה בסיבוכים מיידיים ומאחרים. ידוע לי כי רפואה וכירורגיה בפרט הם מדע שאיננו מדויק וכי ד"ר _____ תאר בפני בקווים כלליים את התוצאה הצפויה איננו יכול יכולה לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית. הוסבר לי כי התוצאה תלויה בתגובת הגוף שאקבל וכי תגובה זו עלולה להיות שונה מהרגיל ובאופן כזה עלולה להתקבל והיא עלולה להיות לא לשביעות רצוני. הוסבר לי כי את התוצאה הסופית של הטיפול שאעבור נתן יהיה להעריך רק כשנה ממועד הוסכם בין הצדדים כי ד"ר _____ יבצע את הטיפול/ים הבא פעולה: _____ באזור: _____.

תופעות לוואי וסיבוכים:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי שטפי דם ונפיחות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור בו יעשו חתכים. צורת הצלקות תלויה העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות (בולטות, אדומות לצמיתות) או רחבות ומכערות, ושלא נתן לצפות צלקות כאלו מראש. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, חוסר סימטריה, אבדן תחושה והגבלה בתנועה. כמו כן הוסברה לי האפשרות סיבוכים הקשורים בשימוש במשתל סינתטי המוחדר לגוף, לרבות: זיהום, פליטה, או דחייה של השתל ניקוז או ניתוח להוצאתו; וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורה. הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן משמעי הקשר או העדר הקשר, בין החדרת משתל סינתטי והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן הקשר העדרו, לתופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון אוטואימוניות. כמו כן, הובהר שהכנסת שתל מכל סוג פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של ממצאים שאבחונם וזיהויים נעשה באמצעים רנטגניים. **סיכונים ספציפיים לכל אחת מהפעולות:** הוסבר לי כי בנוסף על הסיכונים שפורטו לעיל, פרוט הסיכונים הקשורים לכל אחת מהפעולות בנפרד נמצא בטפסי ההסמכה המצורפים להסכם זה וכי אני מאשר/ת בחתימת ידי כי קראתי את טפסי ההסמכה ואני מודע/ת לסיכונים הייחודיים הקשורים לטיפול אותו **הסכמה להרדמה:** הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. **חובת גילוי מלא של הסטוריה רפואית על ידי המטופל/ת:** הוסבר

עלי לידע את המנתח לגבי כל בעיה רפואית המפורטת בטופס הצהרת הבריאות אותו מלאתי. הוסבר לדווח גם על טיפולים תרופתיים הומאופטיים, משלימים ואחרים בהם אני משתמש/ת. הוסבר לי כי עלי לדווח כל הטיפולים/ניתוחים האסתטיים שעברתי כולל הזרקה של חומרי מילוי לפנים או אזור אחר בגוף. ידוע לי לדווח למנתח על כל טיפול נפשי פסיכולוגי או פסיכיאטרי, שיחות, תרופות או טיפול באשפוז שאני מקבל/ת עכשיו או קבלתי בעבר. ידוע לי כי הסתרה מלאה או חלקית של מידע רפואי הקשור אלי יחשב הפרה של זה. **עלות הטיפול:** ידוע לי כי ד"ר _____ יבצע את הטיפול בעלות שהוסכמה בין הצדדים. הוסבר ההתייחסות בהסכם זה טיפול שהוא תיקון של טיפול קודם תהיה כאל טיפול הנעשה במחיר עלות ולא יחולו סעיפי ההסכם המתייחסים לטיפול הנעשה במחיר מלא. הוסבר לי כי בתמורה לטיפול אני מתחייב/ת סך _____ שקלים עד _____. אני מתחייב/ת במעמד חתימת הסכם זה לא לבטל תשלום/התחייבות/המחאה שנתתי לניתוח גם אם הטיפול שקבלתי ידחה, יבוטל על ידי, לא יהיה לשיעיות או יהיה מלווה בסיבוכים ו/או תוצאות לא רצויות. אני מתחייב/ת לשאת בכל ההוצאות שיגרמו באופן עקיף מאי כיבוד של אמצעי התשלום שלי או ביטולם על ידי או על ידי גורם אחר גם אם ביטול התשלום שלא באשמתי ולא ביוזמתי. **קבלת החזר מקופות החולים וחברות הביטוח:** הוסבר לי כי אין למנתח ו/או מחויבות להחזר עלות הטיפול מהגוף המבטח אותי. החזר עלות הטיפול יועבר למטופל בהתאם למדיניות ההחזר של הגורם המבטח האישי שלי (דוגמא: קופת חולים או חברת ביטוח) בעניין טיפול אסתטי הנעשה ידי רופא מומחה. הוסבר לי כי פניה לקבלת החזר תעשה ישירות על ידי ובאחריותי וכי המנתח לא יטפל ההחזר ואין באפשרותו להתחייב מראש לגבי קבלת החזר כל שהוא. **ביטול הטיפול:** הוסבר לי כי ואחליט לבטל את הטיפול לאחר חתימה על הסכם זה עלי להודיע זאת טלפונית באופן מיידי ובכתב שעות. הוסבר לי כי אם אבטל את הטיפול עד 48 שעות לפני מועד הטיפול יוחזר לי התשלום בהפחתה של: _____. **בדיקות לפני הניתוח:** הוסבר לי כי עלי להשלים את הבדיקות הבאות לפני הניתוח קופת החולים או באופן פרטי על חשבוני: בדיקות דם – ספירת דם, כימיה בדם ותפקודי קרישה. א.ק.ג. – למטופלים מעל גיל 40 או למי שסובל מבעיה הקשורה למערכת כלי הדם או הלב. צילום חזה – לסובלים מבעיות הקשורות למערכת הנשימה. בדיקת הכנה עם רופא מרדים – למטופלים מעל גיל 70, סובלים ממחלות כרוניות, מעשנים כבדים או סובלים מהשמנת יתר. הערכה פסיכולוגית – אם הדבר ידרש המנתח. או כל כל בדיקה נוספת עליה ימליץ המנתח. **הכנה לפני ניתוח:** הוסבר לי עלי להפסיק לעשן שבועות לפני הטיפול ושבועיים לאחר הטיפול. הוסבר לי כי עלי להפסיק את השימוש בתרופות המדללות הדם (מעכבות את מערכת הקרישה) כדוגמת אספירין למשך שבועיים לפני הטיפול. הוסבר לי כי הטיפול בתרופות המדללות את הדם עבור הטיפול קשורה בסיכון נמוך, ליצירת קרישים במערכת העלולים לגרום לנזק גופני זמני או קבוע כולל אירוע מוחי שיגרם שיתוק ו/או חסימת זרימת הדם לאיבר הוסבר לי כי עלי להיות A. בנגזרות של ויטמין לפרק הזמן שייקבע ע"י המנתח, טיפול כמו כן, הוסבר לי להפסיק בצום מלא שש שעות לפני מועד תחילת הניתוח. הוסבר לי כי יש להסיר תכשיטים לפני הניתוח לא להביא חפצים יקרי ערך למרכז הרפואי. הוסבר לי כי המנתח והמרכז הרפואי אינם אחראים לאובדן גניבה של ציוד יקר. **רכישת תרופות ותכשירים:** אני מתחייב/ת לרכוש על חשבוני את התרופות והתכשירים הדרושים לפני הטיפול ולאחריו באופן מדויק לפי הנחיותיו של המנתח. הוסבר לי כי התרשלות מצדי של התרופות ומריחה של הקרמים לפני ואחר הטיפול עלולה לפגוע בהצלחת הטיפול, תחשב הפרה יסודית הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחריות. הוסבר לי כי עלי לרכוש לפני הניתוח את התרופות הנדרשות ע"י המנתח, דרך קופת החולים או באופן פרטי על חשבוני, וכן טיפולים ואביזרים שיידרשו ע"י המנתח. **או דחיית מועד הטיפול:** הוסבר לי כי מועד הטיפול שהוזמן הוא מועד משוער וכי יתכן עיכוב של שעות במועד הטיפול. כמו כן, הוסבר

לי כי במידה ולא נתן יהיה לבצע את הטיפול ביום שנקבע מתחייב המנתח לבצע את הפעולה תוך 14

מהמועד שנקבע. במידה ולא יוכל המנתח לבצע את הפעולה תוך 14 ימים והמטופל ירצה לבטל את יוזר למטופל התשלום תוך 30 ימים ממועד הביטול לאחר הפחתה של 10% מהעלות הכוללת של הפעולה

חובת הופעה למעקב של המטופל: הוסבר לי כי המעקב במרפאה והטיפול לאחר הניתוח הם חיוניים של תוצאה טובה. הוסבר לי כי אי הופעה פעמיים לפגישה שתואמה מראש ללא הודעה מוקדמת, תחשב כהפרה של הסכם זה ותשחרר את המנתח מאחריות כפי שמפורט בסעיף התיקונים והסבוכים. הוסבר הופעה שלוש פעמים לפגישת מעקב שתואמה מראש עם מתן הודעת ביטול מוקדמת תחשב הפרה של זה ותשחרר את המנתח מאחריות כפי שמפורט בסעיף התיקונים והסבוכים. **תקופת האחריות:** הוסבר האחריות של המנתח לגבי טיפול בסיבוכים, בעיוותים אסתטיים ובתוצאה לא רצויה באזור הטיפול תמשך שלושה עשר חדשים ממועד הטיפול (להלן "תקופת האחריות"). ידוע לי שהמנתח איננו מתחייב בסיבוכים, בעיוותים אסתטיים ובתוצאה לא רצויה שיתגלו לאחר תום תקופת האחריות. ידוע לי כי התוצאות טיפול אסתטי הן מוגבלות בזמן וכי הטיפול האסתטי לא עוצר את תהליך הצניחה וההזדקנות הטבעיים האדם ידוע לי כי פניה אל המנתח בתום שלושה עשר חדשי האחריות בעניין סיבוכים, עיוותים אסתטיים לא רצויה באזור הטיפול שקבלתי, דינה כדין טיפול חדש והיא תעשה בעלות מלאה ועל חשבוני. **תיקונים:** הוסבר לי כי המנתח מתחייב לטפל בעצמו בכל סיבוך, עיוות אסתטי ותוצאה לא רצויה הקשורים שאעבור ושיתגלו במהלך תקופת האחריות. הוסבר לי כי את התוצאה האסתטית של הטיפול נתן להעריך בתום 12 חדשים מביצוע הפעולה, ולכן, במידה ויחליט המנתח לבצע תיקון הוא יעשה זאת בתום 12 מהטיפול. **עלות תיקונים לטיפולים:**

הוסבר לי כי לפי שיקול דעתו המקצועי של המנתח, הוא ימצא, במהלך תקופת האחריות כי יש הצדקה תיקון הוא יבוצע המחיר עלות. למען הסר ספק מובהר כי המנתח לא יישא בעלות האשפוז, שתלים, חגורות, בגדי לחץ, תרופות, קרמים, עיסוי לימפטי או טיפול רפואי או טיפול רפואי משלים אחר הדרושים מהטיפול בתיקון. הוסבר לי כי המנתח לא יישא בכל הוצאה הקשורה לטיפול בסיבוך, עיוות אסתטי ותוצאה רצויה שיעשו על ידי גורם רפואי אחר ללא הסכמתו מראש ובכתב

של המנתח. **חובת דיווח על בעיה לא דחופה לאחר הטיפול:** הוסבר לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום לנזק בלתי הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע במהלך תקופת האחריות חובה עלי לידע את המנתח לגבי כל בעיה הקשורה לטיפול תוך עד 24 שעות הבעיה. הוסבר לי כי במידה ולא אצליח לשוחח עם המנתח באופן מיידי עלי להשאיר הודעה טלפונית להנחיות אצל מי מהצוות המטפל. הוסבר לי כי המנתח יהיה רשאי להפנות באופן ישיר או בהודעת המשיבון את מטופליו אל גורם אחר שהוסמך על ידו לטפל בי. הוסבר לי כי לאחר השארת ההודעה במשיבון מתחייבים המנתח או מי שהוסמך על ידו ליצור עימי קשר תוך פרק זמן סביר מקבלת הפניה או להפנות את המטופל לגורם אחר שהוסמך על ידם לטפל בי. **טיפול בבעיה רפואית דחופה לאחר הטיפול בגבולות מדינת**

הוסבר לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום בלתי הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע לי כי אם אסבול מבעיה רפואית דחופה הדורשת טיפול מיידי עלי באופן מיידי למנתח או למי שהוסמך על ידו. במידה ולאחר ניסיון סביר לא אצליח ליצור קשר עם המנתח להשאיר הודעה מפורטת במשיבון שלו ולפנות בשעות העבודה אל רופא המשפחה בקופת החולים הפניה לחדר המיון בבית החולים הקרוב, או לחילופין לפנות ישירות לחדר המיון בבית החולים הקרוב יעוץ מתורן מחלקת כירורגיה פלסטית. פניה לגורם רפואי אחר במוסד רפואי אחר ללא אישורו של המנתח מי שהוסמך על ידו תחשב הפרה של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחריות. הוסבר לי כי המנתח יישא בעלות הקשורה לטיפול בבעיה הרפואית הדחופה, וכי יהיה עלי לפנות לקבלת כיסוי מקופת החולים לשאת בהוצאות בעצמי. **טיפול בבעיה רפואית דחופה לאחר הניתוח מחוץ גבולות מדינת ישראל:**

לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום לנזק

הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע לי כי במהלך 12 החדשים לאחר קבלת הטיפול הרפואי עלי קבל מהמנתח, לפני נסיעה מחוץ לגבולות מדינת ישראל. ידוע לי כי במידה ולאחר קבלת האישור, אסע לגבולות מדינת ישראל, חובה עלי לדאוג לביטוח רפואי מקיף בארץ היעד. הוסבר לי כי במידה ומתעוררת בחו"ל בעיה רפואית הקשורה לטיפול אותו קבלתי מהמנתח עלי לפנות טלפונית באופן מיידי למנתח שהוסמך על ידו ולפעול בהתאם להנחיותיהם. הוסבר לי כי אם אסבול מבעיה רפואית דחופה הדורשת מיידי עלי ראשית ליצור בכל שעה קשר עם המנתח או מי שהוסמך על ידו, במידה ולא אצליח לשוחח עמו או מי שהוסמך על ידו, עלי לפנות לרופא מקומי שהוא מומחה לכירורגיה פלסטית בארץ בה אני פניה לגורם רפואי אחר, ללא אישורו של המנתח או מי שהוסמך על ידו תחשב הפרה יסודית של הסכם ותשחרר את המנתח מאחריות כפי שמפורט בסעיף התיקונים והסבוכים. ידוע לי כי המנתח לא יישא בהוצאות הקשורות לטיפול בבעיה הרפואית בחו"ל. **חובת טיפול בהתאם להנחיות המנתח:** הוסבר לי כי לאחר טיפול בפנים ובגוף יש להימנע מחשיפה ישירה לשמש למשך שנה מהטיפול. ידוע לי כי לאחר הטיפול עלי בהתאם להנחיותיו של המנתח או מי שהוסמך על ידו. נטילת טיפול תרופתי אחר או ביצוע טיפול רפואי ללא ידיעתו או בניגוד להמלצתו של המנתח תחשב הפרה של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של האחריות. **טיפולים משלימים לאחר הטיפול האסתטי:** הוסבר לי כי כדי להגיע לתוצאה טובה לאחר שאקבל עלי לקבל, לעיתים טיפול משלים, כפי שייקבע ע"י המנתח. הימנעות מטיפול משלים לאחר האסתטי תחשב הפרה של הסכם זה. **מדיניות צילומים:** ידוע לי כי על המנתח לבצע צילום של אברי המנותחים לפני ואחרי ביצוע הניתוחים, ולעיתים גם תוך כדי הפעולה. הצילומים ישמשו לצרכים מדעיים ומעקב, ניתן יהיה לעשות בהם שימוש גם לצורכי הדרכה של צוות רפואי. אם יידרש שמוש בצילומים אחרים, על המנתח יהי לקבל על כך אישור מפורט בכתב מהמטופל/ת. **מדיניות בעניין שימוש בכתובתו המטופל:** הובהר למטופל כי הכתובת אותה מסר תשמש לשליחת דואר בנושאים הקשורים לפעילות המרפאה לכירורגיה פלסטית ובנושאים הקשורים לטיפול אותו עבר. הובהר למטופל כי כתובת זו חשובה עדכונים, הוראות שימוש ואזהרות הקשורים לטיפול שעבר או לטיפולים אחרים הנעשים במרפאתו של המטופל נותן את הסכמתו לכך שהמנתח ו/או מי מטעמו ישלחו למטופל, בכתובת שנמסרה על ידו, כל דואר שהוא. המטופל מתחייב לעדכן את המנתח או נציגיו לגבי שינוי כתובת למשלוח דואר תוך 14 ימים הכתובת. על היחסים בין הצדדים יחולו הוראות הסכם זה בלבד, הממצה את כל ההסדרים שבין הצדדים, ואין בילתו. כל שינוי בהסכם זה לא יהיה בר תוקף אם לא יהיה מוסכם ומאושר בכתב. שום ויתור, אי-מימוש ארכה, הקלה מצד אחד וכיוצא באלה, לא יתפרשו, בכל צורה שהיא, כוויתור או כהסכמה למעשי הצד ולא יפגעו בזכויות, בסעדים או בתרופות העומדים לרשותו של כל צד לפי הסכם זה ו/או לפי כל דין. הצדדים מצהירים בזאת כי קראו הסכם זה בעיון הבינו היטב את תוכנו ואת התחייבויותיהם על פי ההסכם, ואת המשמעויות של כל האמור בהסכם, והם מקבלים על עצמם ללא סייג את כל התחייבויותיהם המפורטות בהסכם זה.

ולראיה באו הצדדים על החתום **תאריך:** _____ **חתימת**

_____ **המטופל**

חתימת המנתח: _____.

