



גבות - הרמה: טופס הסכמה: ניתוח הרמת מצח/גבות

מטרת הניתוח הינה להרים את הגבות למנחן הטבעי, הניתוח מבוצע באמצעות הסרת עודפי עור דרך חתך

או מספר סמ' מאחורי קו זה, ולעיתים דרך חתכים במצח עצמו או מעל הגבות. לעיתים הגישה הינה דרך

שיש שמוש בתפרים או באביזרים אחרים כדי למקם גבוה יותר את הרקמות. בחלק מן השיטות מבטלים

השרירים, כדי להפחית את כמות הקמטים במצח. **שם המטופל/ת:** _____ ת.ז. _____

מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על ניתוח **הרמת המצח**

"הניתוח העיקרי". אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות

נפיחות בעפעפיים, יובש בעניים, שריטה כואבת בקרנית, דמעת, שטפי דם תת עוריים, כתמים בעור, נפיחות, ח

ובהמשך תחושת יתר, תחושת גרד, וחולשה של עצב הפנים, כמו גם בחילות והקאות. כמו כן הוסבר לי כי

במשך מספר שבועות ולאחר מכן תטשטשנה. ידוע לי כי תמיד ניתן יהיה לראות צלקות באזורי החתכים, וכי

להיות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות לצמיתות) או רחבות ומכוערות, וטיבן קשור לסוג העור שלי

לי השיטות השונות המקובלות לביצוע ניתוח זה, והשיטה שנבחרה לביצוע. הוסברו לי התוצאות המקוות

התיקון בניתוח זה כמו גם האפשרות שתיווצר אסימטריה של החלק העליון של הפנים. כמו כן הובהר לי

לרבות: דימום, זיהום (חיידקי או ויראלי - הרפס), פעירת שולי החתכים, נמק של רקמה באזור החתכים, וחסר

הצלקות, ציסטות בצלקות, שינוי במפתח העין, משיכת העפעף, כאב כרוני, חולשה זמנית או קבועה של

ההבעה של הפנים, עד כדי אסימטריה של הגבות והפנים, ו/או פגיעה תחושתית, ולעיתים רחוקות, דימום

לעצירת הדימום, וכאב כרוני. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הוסבר לי שהניתוח

והרגעה עמוקה. הסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי מרדים. כמו כן אני מצהיר ומאשר בזאת כי

אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים

הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך

לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות

חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי. אני מסכים/מה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצורכים מדעיים,

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות

מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל

לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שייגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכי

נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו

לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בד"כ כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת 2 הצדדים ובמחיר

מתחייב/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד

צפוי במהלך הריפוי. אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בו ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה: _____ תאריך: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה

שהסברי הובנו במלואם חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____ שעה: _____