



שתל סנטר: הסכמה לניתוח עיצוב סנטר

מטרת הניתוח לתקן את מראה הסנטר. הניתוח לא משנה את המנשך או מתקן את מיקום השיניים בלסת המטופל:

שם _____ . ת.ז: _____ . אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא

מד"ר _____ על: ניתוח עיצוב סנטר*. (להלן: "הניתוח העיקרי"). לאחר בדיקה סוכם

החדרת שתל / הזזה של קצה הסנטר / קדימה / אחורה*. הוסבר לי כי החדרת השתל / הזזת הסנטר

חתך ברירית הפה / עור הצוואר*. כמו כן ידוע לי כי במידה ויוחדר שתל הוא יהיה מסוג _____ ובגודל

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, הקשורות, בין השאר, במבנה הסנטר, טיב

המכסה את הסנטר וגילי, וממצאים בלתי צפויים שיתגלו במהלך הניתוח העיקרי. אני מצהיר/ה ומאשר/ת

הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות חיצונית, נפיחות פנימית, קושי

באכילה ושטפי דם תת-עוריים. הוסבר לי כי בכל מקרה של ניתוח דרך עור הצוואר תיוותר צלקת. הוסבר

הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הרפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות

הוסברו לי הסיכונים האפשריים, לרבות: דימום, זיהום של השתל ו/או העצם, הפרעות בתחושה ובתנועה

התחתונה, רגישות וקושי באכילה לתקופה ממושכת. כמו כן יתכן נזק לרקמות עמוקות כמו עצבים, אסימטריה

במבנה הסנטר וחוסר יציבות של השתל הסנטטי או חלק העצם שיוזז. כמו כן הוסבר לי כי במידה ויהיה שימוש

סנטטי או אמצעי קיבוע כמו ברגים או פלטות מתכת תתכן תגובה מאוחרת לחמרים אילו שביטוייה דלקת, כאבים

וספיגה של העצם הסמוכה. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת

הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכונים

הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות

שעולולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי

הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית במידה ויהיה צורך

כללית אקבל הסבר בנפרד מרופא מרדים. אני מסכימ/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת

להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת לדר' קליין להשתמש בצילומים לצרכי

במידה מודפסת או דיגטלית תוך הסתרה של פרטים מזהים. הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט

לא מדויק וכי לא נתן למנוע סיכונים ותוצאות לא רצויות. דר' קליין מתחייב לטפל במסירות בסיבוכן או

רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוכן או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו

הובהר לי כי דר' קליין לא יכסה שום נזק כספי ו/או נזק אחר שיגרם לי בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת

לתיצאות הטיפול אותו

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

חתימת המטופל/אפוסטרופוס בפעם השנייה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/אפוסטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדיוש וכי החתימה בוצעה

ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם. חותמת וחתימת הרופא _____ תאריך: _____

שעה: _____.

