

הסכמה להזרקת חומרי מילוי מתכלים לטיפול קוסמטי בקמטים ופגמים בפנים ובצוואר Soluble Dermal Fillers Injections

הזרקת חומרים מתכלים למילוי קמטים מיועדת לטיפול בקמטים, שאינם נגרמים מפעילות שרירי הבעה, תיקון אסימטריה והבלטה של אזורים מסוימים בפנים. החומר המוזרק נספג לאיטו (תלוי בחומר המוזרק) עד להעלמותו הסופית תוך 8 ועד 18 חודשים. הזרקת חומר המילוי נעשית עם או בלי הרדמה מקומית בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל ובהסכמת המטופל.

שם המטופל/ת:

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

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה שקיבלתי הסבר מפורט מד"ר:

שם משפחה _____ שם פרטי _____

להלן "הרופא המטפל" על הזרקת חומר מילוי מסוג: _____
לאזור/ים: _____ (להלן "הטיפול העיקרי")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ידוע לי שהרופא המטפל הינו רופא שיניים בהכשרתו.

הוסברו לי ואני מבין/ה את דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה.

הוסברו לי ואני מבין/ה את תופעות הלוואי העיקריות של "הטיפול העיקרי" לרבות כאב ואי נוחות באזור ההזרקה, נפיחות ואודם מקומי, דמם מקומי ו/או תת - עורי במקום ההזרקה (המטומה) וזיהום מקומי. תופעות אלה חולפות בדרך כלל תוך פרק זמן קצר של ימים אחדים עד שבוע, אך לעיתים רחוקות מאוד עשויות להצריך התערבות רפואית.

הוסברו לי ואני מבין/ה את הסיכוכים האפשריים של "הטיפול העיקרי" לרבות: אסימטריה בפנים או בצוואר, היווצרות גושים, שינוי קבוע בגוון העור וצלקות. כמו כן הוסברה לי האפשרות של הופעת רגישות לחומרי מילוי הכוללת: גרד, פריחה ונפיחות מקומית ועד להופעת קוצר נשימה, סימפטומים דמויי אסתמה, סחרחורת ועילפון.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המטופל/ת

שעה

תאריך

אני מאשר בזאת כי הצגתי בפני המטופל/ת את עובדת היותי רופא שיניים וכן הסברתי למטופל/ת את כל האמור לעיל, בפירוט הנדרש, והוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר שאישר/ה בפני כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

תאריך