



SAVION MEDICAL CENTER
Laser • Microscope • Dental Implants

סביון מדיקל סנטר - ד"ר אריאל סביון

מרכז להשתלות שיניים בלייזר ומיקרוסקופ

savion-c.co.il 054-6477468

savion.clinic@gmail.com 077-204672

טופס הסכמה לטיפול כירורגי / עקירת שן ו/או אפיסקטומי

Surgical procedure/ Tooth extraction / Apicectomy

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

על הצורך בביצוע טיפול כירורגי/עקירת שן/אפיסקטומי כריתת חוד השרש.

הוסברו לי התוצאות המקוות, ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה וכן התוצאות העלולות לנבוע מחוסר טיפול.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות, כאב, שטפי דם תת עוריים והגבלה בפתיחת הפה לפרק זמן מוגבל.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות: זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולרי ו/או הלינגואלי בעת טיפול בלסת התחתונה, שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה התחתונה ו/או בסנטר ו/או בלשון בצד המטופל ואפשרות של פגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת טיפול בלסת העליונה כן ברורה לי .

אני מבין/ה את החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות / הרופא המטפל.

לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם . אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות פגיעה בתחושה בשפה או בלשון, המטומה, נפיחות והגבלה בפתיחת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים

תאריך _____ חתימת המתרפא _____

שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש) (אני מאשר שהסברתי למתרפא/לאפוטרופוס של המתרפא* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם) תאריך _____ חתימה _____

שם הרופא חתימה מספר רישיון. _____