



**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 אורתודונטי

מטרת הטיפול האורתודונטי היא להשיג שיפור בעמדת השיניים, בתפקוד מערכת הלעיסה, ובאסתטיקה.

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אריאל סביון, כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הוסברו לי מטרת הטיפול, משך הטיפול משוער, דרכי הטיפול והמכשור הכרוך בו. הוצגו בפני דרכי טיפול החלופיות, האפשרויות בנסיבות המקרה, טרם הבחירה בטיפול. הוסברו לי תופעות לוואי של הטיפול לרבות: תחושת לחץ, רגישות וניידות חולפת של השיניים, אי נוחות עד כדי פציעה של הרקמות בפה ונפיחות של החניכיים. כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול לרבות: ספיגה מסוימת של שורשי השיניים, אבדן חיות של שן ורגישות בפרקי הלסת שמשמעותם הוסברה לי. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי לרבות ובפרט רגישות לתרופות, תרופות שאני נוטל/ת כיום, בעיות לב ודם, היסטוריית אשפוזים וטיפולי שיניים בעבר.

כמו ברורה לי החשיבות של ביצוע ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא המטפל לרבות: הצורך בשמירה על הגינה קפדנית של הפה במהלך הטיפול, בכדי למנוע היווצרות כתמים על השיניים ו/או עששת, שימוש נכון במכשור, קבלת כל הטיפולי המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביקורות במועדים שאדרש. הוסבר לי שמשך הטיפול והשגת התוצאה המקווה תלויים, בין השאר, בליקוי הסגת הראשוני, בשינויים החלים עקב תהליכי גדילה ובשיתוף פעולה מציידי. גורמים אלה עלולים להשפיע על השגת התוצאה המקווה.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקיימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול יסתבר שיש צורך לשנות את תכנית הטיפול כולה או חלקה, לרבות טיפולים נוספים שלא ניתן לצפות כעת בוודאות או במלואם, לרבות שינוי במכשור.

כמו כן הוסבר לי כבמידה שלאחר הטיפול יחולו שינויים בלתי צפויים בלסתות או בשיניים עלול להיגרם ליקוי סגר חדש. הנ"ל הוסבר לי על ידי ד"ר סביון אריאל ואני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המתרפא/ה \_\_\_\_\_ שם האפוסטרופוס \_\_\_\_\_ חתימת \_\_\_\_\_

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה לאפוסטרופוס של המתרפא/ה את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסבר במלואם.

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_