



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 להשתלת חניכיים

השתלת חניכיים מיועדת לטפל בנסיגות חניכיים המתבטאות על ידי חשיפת השורשים ונדידת החניכיים לאורך השורש, דבר המהווה לפגיעה אסתטית, לרגישות בשיניים ולהופעת עששות שורשים. השתלת חניכיים הינה טיפול כירורגי המתבצע בהרדמה מקומית, ומאפשרת בניית ויצירת רצועת חניכיים צמודות, ועמידות מסביב לנסיגה ואמורות למנוע את המשך הנסיגה. במקרי מסויימים, שתל החניכיים יכסה את הנסיגה (חלקית ו/או באופן מלא) תוך כדי בניית סביבה רקמתית מתאימה. שתל החניכיים ילקח מרקמת החיה של המטופל, דבר המחייב הרדמה מקומית נוספת מהאתר התורם. במקרי מסויימים, יחליט הרופא זאת על פי שיקול דעתו להשתמש ברקמה מבנק הרקמות, דבר המונע צורך באתר תורם.

שם המטופל _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר סביון אריאל על הצורך בהשתלת חניכיים בלסת עליונה/ בלסת תחתונה/ בשתי הלסתות). *להלן": הטיפול העיקרי" (כמו כ הוסברו לי הסיכונים שבחוסר טיפול בהשתלת החניכיים לרבות רגישות לקור, דימומים רבים, נידות שיניים, קושי בשמירה על היגיינה אוראלית, זיהומים חוזרים. הוסבר לי על הטיפול הנדרש ועל החלופות הטיפוליות האפשריות בנסיבות המקרה לרבות טיפול חניכיים שמרני, והם נשקלו על ידי טרום הבחירה בביצוע הטיפול כירורגי. הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: עמדת חניכיים רחוקה יותר מכותרת השן, חשיפת שולי כתרי קיימים, מראה שיני ארוכות יותר, רגישות השיניים לחום ולקור, פצע באזור התורם, נפיחות, כאב ושטפי דם תת עורי בפנים ובצוואר.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: זיהום, הגבלה בפתיחת הפה וניידות שיניים עד הצורך בעקירת שן. הובהר לי שהצלחת השתלת החניכיים תלויות בין השאר בחומרת נסיגת החניכיים הטיפול, בגורמי סיכון נוספים כעישון וצריכת אלכוהול. הוסבר לי ואני מבינה את החשיבות של שיתוף הפעולה, ומילוי אחר הוראות הצוות הרפואי הכוללות בין השאר: שמירה על היגיינה אוראלית קפדנית, ביצוע טיפול חניכיים מניעתי על ידי שיננית ו/או על ידי הרופא בתכיפות שתקבע על ידי וביצוע ביקורות במועדים שאדרש לה.

מגבלות הטיפול הוסברו: הטיפול הכירורגי עוצר את התפתחות נסיגת החניכיים ע"י בניית רצועת חניכיים צמודות, ביכולתו להחזיר את החניכיים למצב המקורי שהיה לפני תופעת הנסיגות. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות נפיחות והגבלה זמנית בפתיחת הפה

שם המטופל: _____ חתימת המתרפא/ה _____ שם האפוסטרופוס _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה לאפוסטרופוס של המתרפא/ה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתום על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הוא הבין את הסברים במלוא. הרופא: _____ חתימת הרופא _____ מס' רישיון _____