



# סביון מדיקל סנטר - ד"ר אריאל סביון

מרכז להשתלות שיניים בלייזר ומיקרוסקופ

SAVION MEDICAL CENTER

Laser • Microscope • Dental Implants

savion-c.co.il 🌐 054-6477468 📞

savion.clinic@gmail.com @ 077-204672 📠

**ד"ר אריאל סביון (להלן: הרופא המטפל) בעל תואר מסטר במדעי  
האימפלנטולוגיה (Master of Science) מטעם האוניברסיטה הגרמנית  
"פרנקפורט" ומנהל רפואי בתאגיד סביון מדיקל סנטר בע"מ (להלן: המרפאה).**

## טופס הסכמה לטיפול כירורגי להתקנת שתלים דנטליים

שימוש בשתלים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם מתקיים חוסר שן אחת או יותר, הכנסת השתל נעשית כפעולה כירורגית ובאלחוש מקומי.

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מהרופא/ה ד"ר אריאל סביון

לגבי הטיפול בי \_\_\_\_\_ תוך שימוש בשתלים דנטליים בלסת תחתונה ו/או עליונה על

פי הפירוט (סוג, מיקום וכמות): \_\_\_\_\_

(להלן: הטיפול העיקרי)

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע התקנת השתל, לרבות על תוצאות המקוות דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. שקלתי את דרכי הטיפול החלופיות בטרם בחרתי בטיפול על ידי שתל דנטלי.

הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי כנפוחות, כאב ושטפי דם תת עוריים. כמו כן, הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי כזיהום, אפשרות לפגיעה בעצב המנדיבולארי בעת השתלה בלסת התחתונה, שמשמעותה חוסר תחושה זמני או קבוע בשפה או בסנטר, וכן בחלק מהמשנן הקיים, ואפשרות לפגיעה בסינוס המקסילארי (מערת הלסת) בעת ההשתלה בלסת העליונה.

הוסבר לי על האפשרות לאי קליטת השתל, הובהר לי כי במקרה כזה אזדקק להוציא את השתל ו/או לבצע טיפול מתקן. הוסבר לי כי דרך ומשך זמן החלמת החניכיים והעצם לאחר ניתוח התקנת השתל הינם אישיים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להמשך כשבועיים.

כן הוסבר לי, ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא/ה הכירורג-משתיל לבין הרופא המשקם כך שברור לי כי הצוות/הרופא/ה המטפל/ת לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו אם במהלך הטיפול ו/או ההחלמה ו/או השיקום אפנה ביוזמתי ושלא על דעת הצוות המטפל, לטיפול בשתל ו/או ברקמות התומכות סביבו למרפאה ו/או לרופא/ה אחר/ת.



# סביון מדיקל סנטר - ד"ר אריאל סביון

מרכז להשתלות שיניים בלייזר ומיקרוסקופ

**SAVION MEDICAL CENTER**

Laser • Microscope • Dental Implants

savion-c.co.il 🌐 054-6477468 📞

savion.clinic@gmail.com @ 077-204672 📠

ברור לי כי קיימת חשיבות מכרעת למסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי וכי הסתרת חלק מהמידע עלולה לפגוע במהלך הניתוח והטיפול עצמו ו/או ההחלמה ו/או השיקום של האזור. היה ומסרתי מידע רפואי, הובהרו לי ההשלכות המיוחדות או סיכונים במקרה ספציפי זה.

ברורה לי החשיבות של ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או מהרופא/ה המטפל/ת כשינוי הרגלים ושמירה על היגיינת הפה, קבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם וביצוע תהליכי מניעה וביקורות במועדים שאדרש להם.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי הכולל גם הסכמה לביצוע אלחוש מקומי לאחר שהובהרו לי הסיכונים של הרדמה עצמה כהגבלה זמנית בפתיחת הפה. (במקרה של הרדמה כללית יתן הרופא המרדים הסבר נפרד)

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המתרפא/ה \_\_\_\_\_

חתימת האפוטרופוס \_\_\_\_\_ שם האפוטרופוס \_\_\_\_\_

אני מאשר שהסברתי למתרפא/ה לאפוטרופוס 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 \_\_\_\_\_