



Dr. Anna Jotkowitz  
ד"ר אנה יוטקוביץ

Dr. Abbe Kellner-Kutno  
ד"ר אבי קלנר-קוטנו

Dr. Dena Naeh  
ד"ר דינה נאה

## טופס הסכמה לטיפול כירורגי בשתלים דנטליים

שימוש בשתלים דנטליים נעשה כבסיס לשיקום הפה במקרים בהם חסרה שן אחת או יותר. הכנסת השתל מתבצעת כפעולה כירורגית תחת אלחוש מקומי.

שם המתרפא/ה: \_\_\_\_\_

שם משפחה      שם פרטי      שם האב      ת.ז.

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

שם פרטי      שם משפחה

על טיפול בי תוך שימוש במשתלים דנטליים בלסת עליונה ו/או תחתונה. פירוט (סוג, כמות, מיקום)

(להלן "הטיפול העיקרי")

הוסבר לי על הטיפול הנדרש לביצוע משתל לרבות על התוצאות המקוות ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה.

דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול במשתלים.

הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: נפיחות, כאב ושטפי דם תת עוריים.

כמו כן הובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של הטיפול העיקרי לרבות זיהום, פגיעה בעצב המנדיבולרי בעת השתלות בלסת התחתונה שמשמעותה חוסר תחושה זמני/קבוע שפה ו/או בסנטר ואפשרות לפגיעה בסינוס הלסת העליונה (מקסילרי) בעת השתלות בלסת העליונה.

הוסברה לי האפשרות לאי קליטת השתל, ואני מבין/ה שבמקרה של אי קליטת השתל יש צורך להוציא ו/או לבצע טיפול מתקן.

הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם וחניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל הם אינדיבידואליים ולא ניתנים לחיזוי ועלולים להימשך כשבועיים.

כן הוסבר לי ואני מבין/ה את החשיבות בהתמדה בטיפול במקום אחד ובשיתוף פעולה בין הרופא המשתל לרופא המשקם, וברור לי כי הצוות/הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ולתוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביוזמתי ושלא על דעת הצוות המטפל לטיפול במשתל וברקמות סביבו למרפאה ו/או לרופא אחרים. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שקיבל מהצוות/הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.



Dr. Anna Jotkowitz  
ד"ר אנה יוטקוביץ

Dr. Abbe Kellner-Kutno  
ד"ר אבי קלנר-קוטנו

Dr. Dena Naeh  
ד"ר דינה נאה

אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.  
הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי כל הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה  
לרבות הגבלה זמנית בפתיחת הפה.

חתימת המתרפא/ה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

(במקרה של קטין, פסול דין, או חולה נפש)

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

מס' רישיון

חתימה

שם הרופא/ה