



טופס הסכמה לטיפול שיניים בעזרת משתלים דנטליים

שם המתרפא/ה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז.: _____

אני הח"מ, שם משפחה _____ שם פרטי _____ מבקש/ת ומרשה בזה לד"ר ענר או לצוות הרופאים במרפאת ד"ר ענר לטפל בי תוך שימוש במשתלים דנטליים בלסת עליונה ו/או תחתונה פירוט תכנית הטיפול, השיטה, סוג, מיקום וכמות:

הוסבר לי על הפרוצדורה של ביצוע משתל דנטלי, לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה.

דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול במשתלים דנטליים.

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

כמו כן הובהרו לי על הסיכויים והסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, לרבות האפשרות של פגיעה בעצב המנדיבולרי ו/או הלינגואלי בעת השתלות בלסת התחתונה שפירושה חוסר תחושה זמנית, או לצמיתות בשפה ו/או בסנטר ואפשרות של חדירה לסינוס הלסת העליונה (מקסילרי).

כמו כן הוסברה לי האפשרות לאי-קליטת המשתל הדנטלי.

הוסבר לי שאופן ומשך ההחלמה של העצם והחניכיים לאחר ניתוח החדרת המשתל הם אינדיבידואליים ועשויים להמשך כ-2-8 שבועות.

כמו כן הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שיתברר שיש צורך לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואם ואני מסכים/ה גם לאותו שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, כפי שיתבררו לי בעת הניתוח או אחריו.

כן הוסבר ואני מבין/ה את חשיבות ההתמדה בטיפול במקום אחד, ביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם, בשיתוף פעולה בין הרופא המשתל לבין הרופא המשקם, וברור לי כי הצוות/ הרופא המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ותוצאותיו, אם במהלך הטיפול אפנה ביוזמתי ושלא על דעת הצוות/ הרופא המטפל לטיפול בשתל או ברקמות סביבו במרפאה ו/או אצל רופא אחר. כן ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי המצב הבריאותי ובביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות/ הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, בקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם.

הוסבר לי: שם משפחה _____ שם פרטי _____ כי ידוע לי סיכויי ההצלחה של משתלים דנטליים בקרב מעשנים וחולי סכרת לא מאוזנת נמוכים יותר משמעותית.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה לרבות הגבלה זמנית בפתיחת הפה.

אם יוחלט לבצע את הטיפול העיקרי בהרדמה כללית או בסדציה תוך וורידית ינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי רופא מרדים.

כמו כן אני נותן בזאת את הסכמתי לשימוש במצלמה לצורך תיעוד של הניתוח (ללא זהוי פנים) למטרות לימוד ומחקר בלבד.

ולראייה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימת החולה: _____

אני מאשר/ת שהסברתי ל שם משפחה _____ שם פרטי _____ את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ מספר רשיון: 00505.