

טופס הסכמה מדעת ומרצון

הזרקת בוטולינום לטיפול בקמטים - Botulinum toxin injection for wrinkles

הטיפול נועד לטיפול קוסמטי בקמטים ו/או לשיפור המראה. הזרקת רעלן הבוטולינום בכמויות קטנות גורמת להחלשה או לשיתוק של שרירי ההבעה בפנים, וכך ניתן להשיג שיפור במראה הקמטים שנוצרים כתוצאה מפעולת השרירים. לעיתים קיים גם שיפור בקמטים הקיימים במנוחה. ברוב המקרים ניתן לצפות בשיפור תוך שבוע (1) עד שלושה (3) שבועות. חזרת פעילות השרירים שלתוכם הזרק החומר ועימם הקמטים נעשית תוך כ 3-6 חודשים. הזרקה נוספת בשלב זה, ובהמשך במועדים המתאימים עשויה לשמר את הטיפול וכן לשפר קמטים עמוקים יותר.

הטיפול מתבצע בדרך כלל ללא הרדמה ולעתים ע"י אלחוש חיצוני מקומי בלבד.

אני הח"מ,

שם פרטי שם משפחה תאריך לידה ת.ז

טלפון

כתובת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אכי פרידמן על הזרקת בוטולינום כטיפול קוסמטי לקמטים באזור _____ (להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי כי במרבית המקרים צפוי שהטיפול העיקרי יביא לשיפור הקמטים יחד עם זאת, הוסבר לי כי במקרים חריגים ובלתי צפויים מראש תיתכן העדר תגובה לטיפול העיקרי, היות ומצב כזה אינו ניתן לצפייה מראש ואינו קשור בכישורי הרופא המטפל ו/או באיכות החומר אלא בתגובות ביולוגיות של המטופל/ת הרי שבמצב כזה הנני מבין/ה והנני נותן/ת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי תוך הבנה שלא אהיה זכאי/ת להחזר כספי כלשהו במקרה כאמור וכי במקרה כזה אין לראות את הדבר כרשלנות בביצוע הפעולה מטעם הרופא.

כמו כן הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בניסיונות המקרה: פילינג לסוגיו, הזרקת חומר מילוי או כירורגיה פלסטית, לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחד מהליכים אלה.

הוסבר לי כי הזרקת בוטולינום לטיפול בקמטים נמצאת בשימוש נרחב בעולם כעשר-חמש עשרה שנים, אך לא ניתן עדיין אישור להזרקת בהתוויה זו ע"י משרד הבריאות בישראל למעט הזרקת באיזור קמט הזעף.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, שטף דם מקומי, כאב באזור ההזרקת וכאבי ראש. כמו כן, הוסבר לי כי בעקבות הזרקת הבוטולינום עלולה להתפתח חולשה מקומית באזור ההזרקת שתתבטא, בהתאם לאזור המוזרק ב: צניחת עפעפיים, גבות, חולשה בזווית הפה ובעקבות זאת אסימטריה חולפת במימיקה ובחיוך. פגיעה חולפת זו עלולה להמשך עד מספר חודשים.

במקרים נדירים ביותר דווח על חולשה גם באזורים מרוחקים מאזור ההזרקת, כמו הפרעת בליעה או חולשה בגפיים.

אני נותן/ת בזאת הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה לפני ואחרי הטיפול. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד. אני יודעת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי יעשה ע"ד ד"ר אכי פרידמן.

הנני מצהיר/ה כי טופס זה ניתן לי לקריאה ולחתימה זמן מספיק טרם ביצוע הפעולה, וכי קראתי הבנתי ושקלתי היטב את הכתוב בו טרם חתימתי מרצון. חתימתי מהווה אישור מתוך בחירה אישית ופניה שלי לרופא הנ"ל.

ידוע לי כי כתב הסכמה זה מצוי באתר האינטרנט של ד"ר פרידמן www.dr-acky.com וניתן לעין בו בכל עת.

קראתי בעיון והבנתי את תוכנו של מסמך זה.

ניתנה לי האפשרות לקחת את כתב ההסכמה לביתי ולהתייעץ עם כל גורם שאבחר לרבות עו"ד. החלטתי ע"פ רצוני החופשי לבצע את הפעולה היום לאחר שקראתי, העמקתי והבנתי את תוכנו של כתב הסכמה זה.

הנני מתחייב/ת להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו מייד עם חתימתי על מסמך זה על פי התנאים שנקבעו בין ד"ר פרידמן וביני.

חתימת המטופל _____ תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמ/ה על כתב ההסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

_____ שם הרופא
_____ חתימת הרופא