



## טופס הסכמה מדעת ומרצון

### לטיפול ב"חוטאים"

אני הח"מ, שם המטופל: לאופר קרן תאריך לידה: 07/12/1975 ת.ז: 376975470 כתובת: הכרמל 46  
בנימינה טלפון: 0544275930

מבקש/ת מד"ר אכי פרידמן לטפל בי באזור \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי") בעזרת חוטאים מסוג \_\_\_\_\_ (להלן: "החוטאים" / "החוט").

החוט שנבחר על ידי אחרי קבלת הסבר מלא, מפורט ומקיף מד"ר פרידמן לגבי סוג החוט, סגולותיו, מגבלותיו, סיכונים וסיכויים עתידיים, תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים הן מתהליך ההרדמה (אם יתבצע), הן מעצם פעולת החדרת החוטאים והן מסיבוכים אפשריים שלאחריה, בין אם קצרי טווח ובין אם ארוכי טווח.

קיבלתי מד"ר פרידמן הסבר מפורט על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה. לרבות, הסיכונים והסיכויים הנפוצים הכרוכים בכל אחד מהתהליכים.

הוסבר לי והבנתי כי הרפואה אינה מדע מדויק וכי לא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הפעולה. כמו כן, הוסבר לי כי עשויות להיות תוצאות שונות מאדם לאדם הן בתגובות לחומרי ההרדמה ולחוט המסוים, הן תוצאה המתקבלת והן בסיבוכים אפשריים כגון זיהומים או הצטלקויות בעקבות הפעולה. היות ומעורבים גם גורמים שאין לרופא שליטה עליהם, ברור לי כי לא ניתן לנבא מראש את תוצאות הפעולה או התופעות הנלוות לפעולה.

הוסבר לי והבנתי כי על פי מהותה הרפואה אינה יכולה לערוב לתוצאה חיובית בכל טיפול ולעיתים תקלות בטיפול הן בלתי נמנעות. לא כל משגה או תקלה מהווה בהכרח רשלנות רפואית ולפיכך, הודאה בתקלה בטיפול, אין משמעותה הודאה ברשלנות רפואית, ובמקרה של תקלה כזו ייעשה מירב המאמץ בכדי לתקן ולשפר את מצב הדברים.

הוסבר לי והבנתי כי סיבוכים מוכרים וידועים עשויים להיות נלווים לפעולה כזו הינם, בין היתר: אי נחות קלה במהלך הפעולה, נפיחות, אלרגיה, אדמומיות, כאבים, דימומים תת עוריים, זיהומים, פגיעה במבנים פנימיים (שרירים, כלי דם ועצבים) פגיעה כזו עשויה להיות זמנית או קבועה, הצטלקות, שינויי גוון העור, גושים תת עוריים ועוד. עלויות אשפוז או טיפולים נוספים יהיו באחריות המטופל.

כמו כן, ידוע לי כי תיתכן אפשרות להיווצרות אסימטריה, שינוי פיגמנטציה או אי השגת התוצאה המקווה. במידה ויש צורך בטיפול טרום ו/או אחר ניתוחי אקוב אחר הוראותיו של ד"ר פרידמן (למשל: נטילת טיפול אנטיביוטי ו/או אנטייראלי מונע, כמקובל).

ייתכן תיקון רפיון חלקי על אף שהחוט ייתן שיפור ברפיון העור, הוא לא יתקן את כל הרפיון בעור הפנים.



סיבוכים יכולים להיווצר כתוצאה מעישון ושתייה של נוזלים באמצעות קשית.  
מומלץ בתוקף להימנע מעישון ופעולות הדומות לשתייה מקשית.

הנני מאשרת כי ידוע לי שאלרגיה ידועה או רגישות לגופים חיצוניים או חומרים ביולוגיים מלאכותיים הם סיבה להימנעות מביצוע הפעולה והנני מאשרת כי לא ידוע לי אודות רגישות כזו.

הובהר לי כי לשם השגת התוצאה יש לעיתים לשלב טיפולים נוספים בתהליך וכי במקרה כזה על לשאת בעלות החומרים הנוספים והפעולות הנוספות כמקובל.

אני מצהיר/ה כי לא הזרקתי חומר אחר באזור הטיפול המיועד, ובמידה והזרקתי בעבר חומר מילוי אחר לאתר הפעולה יידעתי את ד"ר פרידמן לגבי העניין. (הריני לאשר כי בעבר הזרקתי חומר מסוג \_\_\_\_\_ לאזור \_\_\_\_\_ תאריך ההזרקה \_\_\_\_\_).

לפני חתימתי על מסמך זה הובהר לי כי הנני רשאית לדחות הפעולה וכן את המשך ההליכים הרפואיים עד אשר איוועץ בכל גורם אחר, לרבות קבלת חוות דעת מרופא/ה נוסף/ת, והנני חותמת על מסמך זה לאחר שמיציתי זכות זו ולחילופין לאחר שוויתרתי מרצוני על מיצויה.

הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של הפעולה לפני ואחרי הטיפול. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד. אני יודעת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי יעשה ע"י 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](http://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 מתחייבת/ת להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו מייד עם חתימתי על מסמך זה על פי התנאים שנקבעו בין ד"ר פרידמן וביני.

תאריך: 02/12/2015

חתימת המטופל \_\_\_\_\_

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין**.

הבנתי כי **איני זכאי** לקבל החזר כלשהו מקופת החולים בגין טיפול זה. ידוע לי כי גם החזרים מחברות הביטוח הפרטיות הינם כפופים לפוליסת הביטוח של כל אדם והרופא ו/או מי מטעמו אינו אחראי ו/או צד לענין זה ו/או גורם משפיע בנושא זה.

שם המטופל: לאופר קרן תאריך: 02/12/2015 חתימה: \_\_\_\_\_



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

דר אכי פרידמן/דר אכי פרידמן

חתימת הרופא

שם הרופא