

# טופס הסכמה לטיפול בידית ClearSkin מוג Er.Glass 1540nm לטיפול באקנה פעיל

## וצלקות אקנה

אני הח"מ \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ מבקש/ת מד"ר אכי פרידמן לטפל בי בטיפול \_\_\_\_\_ באזור \_\_\_\_\_

### אודות הטיפול

ClearSkin הינה טכנולוגיית לייזר חדשנית לטיפול באקנה פעיל וצלקות אקנה. בידית ClearSkin מנגנון ואקום וקירור המאפשרים טיפול ללא כאב ותופאות לווי בכל סוגי העור. טיפול בידית ה-ClearSkin מתאים למטופלים/ות שאינם יכולים/ות או עינם מעוניינים לעבור טיפול קונבנציונלי בתרופות כגון ראקוטן או אנטיביוטיקה. הטיפול ב-ClearSkin מיועד לנערות, נערים, נשים וגברים.

### תאום ציפיות

טיפול בלייזר ClearSkin מתבצע על ידי סדרת טיפולים. התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות בין אדם לאדם בהתאם לתכונות פיזיולוגיות, גיל, מין ומצב העור. בנוסף, מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם. יש לציין, כי באחוז מסוים מהאנשים המתאימים לטיפול, לא תושגנה תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים. זאת, ללא הסבר מדעי ברור. ככל הנראה המדובר בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

### מהלך הטיפול והליך ההחלמה:

במהלך הטיפול תיתכן תחושת אי נוחות מסוימת, תחושת חום או עקצוץ שיופיעו כתגובה לטיפול. כמו כן, תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול. במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים. תופעות לוואי אפשריות, כגון: שינויים במרקם העור, בגוון העור ובמקרים נדירים בפיגמנטציה של העור (היפו/היפר פיגמנטציה) תופעות אלו חולפות בדרך כלל. לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, אדמומיות, נפיחות, כוויה שטחית, בצקת, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות או ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של הופעת תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

### הצהרת המטופל/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיבוכים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפלת מוסמכת ובעלת ניסיון. הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו אסתטי. הוסברה לי האפשרות, שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל (במקרים נדירים). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול באקנה פעיל וצלקות אקנה וכי קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול, השלכותיו והסיכונים הכרוכים בטיפול ותופעות הלוואי לרבות: אופי ואופן הטיפול, התוצאות המצופות ממנו לרבות ההיבטים המקצועיים וסייגים המהווים חלק בלתי נפרד מתאום הציפיות. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי על פי שיקול הדעת של המטפל/ת. אני מאשר/ת את הסכמתי לפתיחת תיק מעקב טיפולים בו ירשמו ויתועדו נתוני האישיים ונתוני הטיפולים לרבות צילומים של אזור הטיפול, תגובות ותוצאות הטיפולים ומידע אישי (גיל, מין ואנמנזה רפואית, ככל שישנן).

### חתימת המטופל/ת:

אני מסכימה/ה בזאת לשימוש בפרטים המזהים של הטיפול על פי הרישומים בתיק הטיפולים, לרבות פרסום הצילומים של לפני ואחרי, הצגתם ושימוש בהם לכל צרכי החברה לרבות מצגות, הרצאות, פרסום במדיות השונות (אינטרנט, עיתונות וטלוויזיה ועוד, וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים)  
חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות

האם במהלך השנתיים האחרונות הנך נמצאת/ת במעקב רפואי שגרתי? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם הנך נוטלת/ת תרופות דרך קבע או שנטלת/ת תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י

האם קיימת אצלך רגישות כלשהי, לרבות אלרגיה לתרופות ו/או לחומרים מסוימים? כן/לא, אם כן אנא פרטי/

האם בעבר או בהווה חלית במחלות או היו סימני המחלות המפורטות להלן או אחרות? סמני/ ופרטי/

- סרטן על כל סוגיו ו/או שימוש בתרופות נגד סרטן כגון: Ducabaxine, Fluorouracil, Methotrexate וכדומה היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF) עד מחזור סדיר או במהלך תקופת ההנקה
- עור שזוף כתוצאה מחשיפה לשמש או משיזוף מלאכותי בחודש האחרון היפו-פיגמנטציה (ויטיליגו)
- מחלת עור דלקתית (אקזמה, זיהום פעיל בהרפס סימפלקס ועוד...) באזור הטיפול
- היסטוריה של הצטלקות קלואידית
- נטילת איזטרטינואין (רואקוטן) ו/או תרופות פוטוסנסטיביות - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול
- אפילפסיה

הוסברה לי חשיבותה של הקפדה על מילוי אחר ההוראות שניתנו ו/או יינתנו לי ע"י המטפל, בקשר לפרקי הזמן בין הטיפולים והמלצות לאחר הטיפול, בין היתר, כדלקמן:

- אין לשפשף או לגרד את האזור המטופל.
- אין להשתמש במים חמים, ג'קוזי או סאונה במשך 72 שעות לאחר הטיפול או לפי הנחיית המטפל.
- במשך 24 שעות לאחר הטיפול, אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לגירוי של העור.
- במשך 30 ימים לפני ואחרי הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה.
- להקפיד על שימוש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה בין 30 – 50 spf
- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות- יתר שהופיעה לאחר הטיפול.
- במהלך הטיפול יש להרכיב משקפי מגן, וכי הסרתם מעל עיניי תעשה אך ורק בהוראת המטפל.

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי. אני מתחייבת/ת להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי ו/או שינוי בנטילת תרופות ו/או כל בעיה שתתעורר במהלך תקופת הטיפולים.

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

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.

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: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם המטופל \_\_\_\_\_ חתימה

שם האפוסטרופוס

שם משפחה                      שם פרטי                      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.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_