

## טופס הסכמה לטיפול בטכנולוגיית ClearLift מוגו QS Pixel Laser 1064

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

### אודות הטיפול

טיפולים לנשים וגברים לשיפור מראה העור, מיצוק העור וטשטוש קמטים וקמטוטים.  
הטיפול בטכנולוגיית ה-ClearLift מתבצע ע"י פליטת אנרגיית לייזר חזקה בתצורת פיקסלים המייצרת חירורים מיקרוסקופיים וחימום תת עורי.  
במהלך הטיפול ולאחריו תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום עקצוץ הכרוכים במהלך הטיפול.  
תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, מיד לאחר הטיפול.  
במקרים חריגים, תהליך החלמת העור עשוי להימשך עד מספר ימים.  
הטיפול כרוך בסיכון בתופעות לוואי, כגון: שינויים במרקם ובפיגמנטציה של העור, 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/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים.  
במקרים של קבלת תגובת רגישות יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

### תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם ובין אזור אחד בגוף למשנהו, וכן לא ניתן לדעת בוודאות מה תהיה התוצאה הסופית אלא במידה משוערת בלבד.  
מספר הטיפולים שידרשו והתוצאות הקליניות תלויות במין המטופל, גילו, מצב העור ובאזור הטיפול.  
בנוסף, מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם.

### הצהרת המטופל/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הובאו לפני והוסברו לי כל הסיכונים, תופעות הלוואי והסיכונים הכרוכים בטיפול כמפורט להלן. ידוע לי כי הטיפול יעשה ע"י מטפל/ת 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 במיצוק והדגשת תווי פנים 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 נמצא במעקב רפואי שגרתית? כן/לא, אם כן אנא פרטי/

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

האם עברת אשפוז/ ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? כן/לא, אם כן אנא פרטי/

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/

נדרש אישור מרופא	אסור לטפל
<input type="checkbox"/> סכרת	<input type="checkbox"/> צולוליטיס (MRSA)
<input type="checkbox"/> טרומבוציטופניה	<input type="checkbox"/> פסוריאזיס
<input type="checkbox"/> מחלות כלי דם פרפריים	<input type="checkbox"/> Lichen Planus
<input type="checkbox"/> אנמיה	<input type="checkbox"/> Lichen Nitidus
<input type="checkbox"/> הפרעות דימום	<input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות
	<input type="checkbox"/> סרטן
	<input type="checkbox"/> טרשת נפוצה
	<input type="checkbox"/> וויטליגו
	<input type="checkbox"/> מערכת חיסון מדוכת
	<input type="checkbox"/> היסטוריה של הצטלקות קלואידית
	<input type="checkbox"/> שימוש בתרופות מסוימות
	<input type="checkbox"/> מחלת כלי דם

הוסברה לי חשיבות 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 48 שעות לאחר הטיפול.
  - במשך 24 שעות לאחר הטיפול אין להשתמש בכל תכשיר או חומר העלול לגרום לתגובה שלילית של העור.
  - במשך 3 עד 5 ימים לאחר הטיפול יש להימנע מחשיפה לשמש, משיזוף במיטת שיזוף ומשיזוף בהתזה.
- יש להקפיד להשתמש בתכשיר הגנה מהשמש עם מקדם הגנה מעל 30

- יש להימנע מפעילות גופנית מאומצת 48 שעות לאחר הטיפול.
  - מומלץ להשתמש בקרם לחות באזור הטיפול מספר ימים לאחר הטיפול.
- על המטופל לדווח לצוות המטפל על כל תופעת לוואי ו/או רגישות-יתר שהופיעה אצלו לאחר הטיפול

אני מאשר/ת שקראתי, הבנתי וחתמתי על טופס הצהרת בריאות המצ"ב ושהפרטים לעיל הינם נכונים על פי מיטב ידיעתי.

אני מתחייב/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 חותמ/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 שפניה 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 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: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_