

## טופס הסכמה מדעת ומרצון

### למילוי קמטים, עיבויי שפתיים ותיקון פגמים בעור

אני הח"מ,

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מבקש/ת מד"ר אכי פרידמן לטפל בי באזור \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי") בחומר מילוי מסוג \_\_\_\_\_ (להלן: "חומר המילוי" / "החומר המוזרק").

חומר המילוי שנבחר על ידי אחרי קבלת הסבר מלא, מפורט ומקיף מד"ר פרידמן לגבי חומר המילוי, סגולותיו, מגבלותיו, סיכונים וסיכויים עתידיים, תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים הן מתהליך ההרדמה (אם יתבצע), הן מעצם פעולת ההזרקה 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 הכרוכים בכל אחד מהתהליכים.

הוסבר לי והבנתי כי הרפואה אינה מדע מדויק וכי לא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של ההזרקה / סדרת ההזרקות. כמו כן, הוסבר לי כי עשויות להיות תוצאות שונות מאדם לאדם הן בתגובות לחומרי ההרדמה ולחומר המוזרק לצורך מילוי, 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 ההזרקה או התופעות הנלוות להזרקה.

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 להזרקה כזו הינם, בין היתר: נפיחות, אלרגיה, אדמומיות, כאבים, דימומים תת עוריים, זיהומים, הצטלקות, שינויי גוון העור, גושים תת עוריים ועוד.

כמו כן, ידוע לי כי תיתכן אפשרות להיווצרות גושים במקרים מסוימים ובנוסף אסימטריה, שינוי פיגמנטציה או אי השגת התוצאה המקווה וכי ישנם מקרים בהם מתפתחת תופעה דמוית אקנה למשך כחודש ואף יותר לאחר ההזרקה. במידה ויידרש ממני לבצע טסט לצורך בדיקת אלרגיה אעשה זאת כמקובל כחלק מתהליך ההזרקה כתלות בחומר המוזרק. במידה ויש צורך בטיפול טרום ו/או אחר ניתוחי אקבוב אחר הוראותיו של ד"ר פרידמן (למשל: נטילת טיפול אנטיביוטי ו/או אנטייראלי מונע, כמקובל).

הובהר לי כי לא ניתן לנבא מראש כמה טיפולים יידרשו או כמה חומר יידרש להשגת האפקט המבוקש וכי במקרה של צורך בתוספת חומר יהיה עלי לשאת בעלויות החומר ובעלויות ביצוע הפעולה/ות הנוספת/ות, כמקובל.

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

לפני חתימתי על מסמך זה הובהר לי כי הנני רשאי/ת לדחות ההזרקה 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.

הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה לפני ואחרי הטיפול. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד. אני יודעת/ת 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

\_\_\_\_\_ חתימת המטופל

---

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

\_\_\_\_\_ חתימת הרופא

\_\_\_\_\_ שם הרופא