

טופס הסכמה מדעת ומרצון

לקילוף עור (פילינג) שטחי / שטחי-בינוני / בינוני / עמוק

אני הח"מ,

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	ת.ז.
כתובת	טלפון		

מבקש/ת לעבור קילוף עור (פילינג) שטחי / שטחי-בינוני / בינוני/עמוק אשר יבוצע ע"י ד"ר פרידמן.

אני מצהיר/ה כי עברתי/לא עברתי בעבר קילוף עור (פילינג) בעומק _____ בתאריך _____.

הוסברו לי כנדרש ואף הבנתי כי יתכנו סיבוכים במהלך או כתוצאה מהפעולה הנ"ל.

הנני מאשר/ת כי ננקטו על ידי צעדי המנע הנדרשים, כפי שנתנו לי והוסברו לי ע"י ד"ר פרידמן טרם ביצוע הפעולה, במטרה לצמצם במידת האפשר את הסיבוכים האפשריים של פעולה כזו.

צעדים אלו כוללים: נטילת תרופות (כנגד הרפס ואנטיביוטיקה), התנהגות מניעתית נדרשת בתקופה המיידית ובתקופה המאוחרת שלאחר ביצוע קילוף העור והכל בהתאם להוראותיו ולהסבריו של ד"ר פרידמן.

למען הסר ספק הובהר לי ואני מאשרת כי הבנתי כי כל סטייה מההתנהלות ומהוראותיו המוגדרות של ד"ר פרידמן (לדוגמא: אי נטילת טיפול מונע מהיום שניתן ולמשך כל התקופה, מניפולציות שונות במסכה ועד הסרת המסכה באופן חלקי ו/או מוחלט באופן עצמאי וכד') עשויים לגרום נזק מצטבר וסיכון תוצאת הפעולה. לפיכך באם אפעל בדרך זו, בניגוד להוראותיו של ד"ר פרידמן, הריני לוקח/ת על עצמי את האחריות לכל סיבוך או נזק אם וככל שיגרמו בעתיד.

הנני מצהיר/ה שהוסבר לי בפירוט והנני מבין/ה כי פעולה זו אינה מדע מדויק ולא ניתן לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית של הפעולה. היות ובני האדם אינם זהים מבחינת המבנה האנטומי שלהם, תכונות הרקמות ותהליכי הריפוי. התגובה לפעולה והיווצרות צלקות, לדוגמא, עלולה להיות שונה בין אדם למשנהו. תגובה שונה יכולה להיות מושפעת גם מנטילת תרופות שונות.

היות ומדובר בגורמים שאין לד"ר פרידמן, שליטה עליהם, יכול להיות הבדל בתוצאות הפעולה בין אנשים שונים ואף יכולה להתקבל תוצאה שונה מהמצופה.

כמו בכל פעולה כירורגית / אסתטית עלולים להיות סיבוכים או תופעות לוואי בלתי רצויות כגון: עקצוץ, גרד, אודם מקומי, בצקות, זיהומים, שטפי דם, שינוי גוון (שינויי פיגמנטציה), הצטלקות, כתמים והכול לתקופות קצרות או לתקופות ארוכות. תופעות אלו תלויות בטיב העור ואינן ניתנות לחיזוי או צפי מראש. תגובות אלו שונות מאדם לאדם ושונות מאזור לאזור בפנים.

ברור לי כי צלקות העור אם וכאשר נוצרות הן קבועות, איכותן של הצלקות אינה ידועה מראש אך הובהר לי כי יעשה כל מאמץ להגיע לתוצאה אופטימאלית.

הוסבר והובהר לי כי במקרה וגוון עורי נוטה לפיגמנטציה ייתכן מצב כי בסיומו של התהליך יהיה גוון עורי כהה יותר מהגוון טרם ביצוע הפעולה. מצב כזה עשוי לחזור לקדמותו לאחר טיפול ארוך טווח בחומרי הבהרה שונים לפי הנחייתו של ד"ר פרידמן ובהתאם ללוח הזמנים שיידרש לאור מצב עורי. אני מבין/ה כי פיגמנטציה כזו או שכמותה הינה דבר שאינו ניתן לצפייה או ניבוי מראש וכי תהליך ההבהרה, אם וככל שיידרש, אחרי, עשוי לארוך חודשים ארוכים.

אני מבין/ה כי עלולים להיות סיבוכים ותופעות לוואי נדירות יותר אשר בד"כ לא מתרחשות ועל חלקן ידוע רק מהספרות. הובהר לי כי התוצאות הרצויות של הפעולה עשויות להתקבל באופן מלא, באופן חלקי או שעשויות שלא להתקבל כלל. אני מבין/ה כי הטיפול בתופעות לוואי או סיבוכים יכול להיות כרוך באובדן ימי עבודה, סבל והוצאות כספיות נוספות (כמו הוצאות בגין אשפוז, תרופות וכד').

הובהר לי כי אין יכולת לצפות את תוצאת פעולת הקילוף במלואה, מראש, וכי אין מקום לשפוט את איכות הפעולה אלא בחלוף לכל הפחות 6-8 שבועות מיום ביצוע הפעולה (וזאת בהנחה שהאודם והבצקות שהיו (אם היו) חלפו לחלוטין).

הובהר לי והבנתי כי איני יכול/ה להשתמש באזור הפעולה בחומרי איפור ו/או סומק ו/או קרם פנים ו/או מסיכות ו/או לעבור טיפול קוסמטי כלשהו לרבות ע"י קוסמטיקאית ו/או הסרת שיער ו/או לייזר/אור ו/או כל אמצעי קוסמטי אחר על איזור הפעולה עד לקבלת אישור בכתב מד"ר פרידמן. הובהר לי כי בכל מקרה לא אקבל אישור מד"ר פרידמן לעשות שימוש בחומרים הקוסמטיים המפורטים לעיל במשך השבועיים שלאחר הפעולה וידוע לי כי פרק הזמן הנ"ל יכול להמשך מעבר לשבועיים לאחר ביצוע הפעולה והכול בהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של ד"ר פרידמן.

הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה לפני ואחרי הטיפולים. 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 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.

תאריך _____

חתימת המטופל _____

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.

חתימת הרופא

שם הרופא