



טופס הסכמה מדעת ומרצון

טיפול בצלקות/ות

אני הח"מ, שם מטופל: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אכי פרידמן /או מי מטעמו על טיפול בצלקות/ות (להלן: "צלקות") באזור _____ בשיטה _____ (להלן "הטיפול העיקרי").

טיפול בצלקות נעשה לצורך שיפור מראה אסתטי ו/או נוחות ו/או שיפור התפקוד. בחירת השיטה לטיפול בצלקות תלויה בגורמים רבים. הוסבר כי הטיפול בצלקות הינו טיפול רב תחומי ורב שלבי. בכל מקרה של טיפול בצלקות עשויה להיווצר צלקת גדולה יותר או קטנה יותר או צלקת שקועה או צלקת קלואידית בולטת. הוסבר לי בצורה ברורה כי לא ניתן להעריך את מידת ההצלחה הטיפולית למפרע.

עם חתימתי על מסמך זה הנני מסכימ/ה ומאשר/ת לבצע טיפול בצלקות בכל אחת מהאפשרויות או השילובים הטיפולים לרבות טיפול בלייזר, קרן אור, הזרקת חומרים טיפולים, חנקן, כריתה כירורגית, שיוף או כל דרך אחרת.

הטיפול בצלקות מתבצע, לעיתים, בהרדמה מקומית או בהרדמה אזורית. ידוע לי / לא ידוע לי על רגישות כלשהי לחומרי הרדמה. פרט: _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: אודם, נפיחות, כאב ואי נוחות. הובהר לי שבכל מקרה עשויה להיווצר צלקת באזור המטופל. כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים, צלקות בולטות, שינויים בפיגמנטציה ופגיעה בעצבים פריפריים. סיכונים אלה אינם שכיחים.

הובהר לי כי עשויה להיות תגובה "פרדוקסלית" של הופעת שקע במקום המטופל ו/או התפתחות של צלקת גדולה יותר, בולטת יותר ומשמעותית יותר מהצלקת המקורית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות, דהיינו, טיפול בצלקות בשלמותן או ברובן, וכן על צורת הצלקות. הוסברו לי שיטות הטיפול המקובלות והאפשרויות לטיפול בצלקות, וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, הבדיקות והתהליכים הקשורים בהן, והתאמתן לצלקת הספציפית. כמו כן הוסבר לי יתרונה של השיטה שנבחרה לטיפול בצלקות על פני החלופות האפשריות. יחד עם זאת הוסבר לי והבנתי כי ייתכן ובמהלך הטיפולים ישולבו ו/או ישונו או יופסקו הטיפולים או אמצעי הטיפול והכל בהתאם להתקדמות בתהליך הטיפול ובהתאם לשיקול דעתו של ד"ר אכי פרידמן.

בנוסף, ידוע לי כי הרפואה הינה מדע ביולוגי ואינה מדע מדויק, ויתכן ויופיעו תופעות לוואי או תסמינים אשר אינם מוכרים עד כה ואשר לא תוארו עד כה בספרות הרפואית הנובעים מהטיפול העיקרי.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הטיפול העיקרי.

האם הינך סובלת מאחד או יותר מהדברים המופיעים לעיל:

- קוצב לב, משאבת לב או כל שתל אלקטרוני / מתכתי
- זיהום בקטריאלי או וירלי או פטרייתי, מקומי או כללי
- הריון והנקה
- הפרעה במערכת החיסון או טיפול המדכא את מערכת החיסון מכל סוג שהוא
- היסטוריה של צלקות קלואידיות (keloid scarring)
- שימוש באיזוטריטונואין (Isotretinoin) במהלך 12 החודשים האחרונים
- סקלרודרמה (טרשת רקמת החיבור)
- טיפולי הקרנות ו/או כימוטרפיה
- כוויות באזור הטיפול
- ריפוי לא תקין של העור באיזור הטיפול או סיפור רקע כזה בעבר
- גוון עור כהה
- התוויות נגד אפשרויות אחרות עשויות לכלול פיגמנטציה בלתי סדירה של העור (lentigo maligna, melanoma, acanthuses nigricans) חזזית ליכן פלנוס, ויטיליגו או פסוריאזיס, או כל בעיה אחרת המתאימה לתיאור זה.
- כל בעיה רפואית אחרת שלא נשאלת והינך יודעת/עליה כעת או בעבר _____

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.

תאריך: _____ חתימת המטופל: _____

במידה והטיפול הינו פרטי:

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין** והינו כרוך בתשלום. הנני מתחייב להסדיר את התשלום לפני או מיד אחרי כל טיפול. ידוע לי כי התשלום הינו עבור כל טיפול בנפרד. 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: _____

במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש:

שם האופטרופוס (קירבה) _____ חתימת האופטרופוס _____



אני מאשר/ת בזאת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס* של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

ד"ר אכי פרידמן