

## טופס הסכמה לטיפול בהסרת שיער בטכנולוגיית SHR

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר אכי פרידמן /או מי מטעמו אודות הטיפול טיפול הסרת שיער המתבצע באמצעות טכנולוגיית SHR המאפשרת חימום הדרגתי של זקיק השערה והרקמה לאורך זמן ותוך כדי תנועה.

### תאום ציפיות

התוצאות הקליניות של הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם בהתאם לתכונותיו הפיזיולוגיות, אזור בגוף, גילו, מינו ובהתאם למצב המטופל. מסיבות אלו לא ניתן לחזות במדויק את מספר הטיפולים הנדרשים להשגת תוצאה אופטימאלית ולכן מספר הטיפולים הנדרשים שונה בין אדם לאדם.

לפי מחקרים רפואיים, באחוז נמוך מהמקרים, לא יושגו תוצאות משביעות רצון במהלך הטיפולים.

אין הסבר מדעי לכך והסיבה טמונה ככל הנראה בהבדלים פיזיולוגיים בין אדם לאדם.

במקרים נדירים קיים סיכוי סטטיסטי קטן לתופעת "שיעור פרדוקסלי" – צמיחת שיער באזור הטיפול או באזור סמוך לאחר הטיפול.

### מהלך הטיפול ותהליך ההחלמה:

תיתכן אי נוחות מסוימת, תחושת חום, עקצוץ או כאבים במהלך הטיפול.

תיתכן הופעת אדמומיות (Erythema) ו/או גרד אשר יחלפו, בדרך כלל, כיום עד יומיים לאחר הטיפול.

תהליך החלמת העור עשוי להימשך מספר ימים עד מספר שבועות במקרים חריגים.

לעיתים נדירות, תופיע באזור המטופל תגובת רגישות יתר, שתתבטא בנפיחות או בצקת, שלפוחיות, כוויה שטחית, גלדים, חבורות זמניות, תגובות אלרגיות והופעת פצעונים אשר יחלפו תוך מספר שעות/ימים עם ו/או בלי קבלת טיפול מתאים. במקרים של תגובת יתר יש לפנות לאבחון וטיפול רפואי.

עלולים להיות שינויים זמניים בגוון העור באזור שטופל. שינויים אלה חולפים לרוב תוך מספר שבועות – חודשים מתום הטיפול.

### 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 מטפלת מוסמכת ובעלת ניסיון.

הוסברה לי מהות הטיפול ואני מבינה/ה שהטיפול הינו אסתטי. כמו-כן, הוסברה לי האפשרות שמטרת הטיפול לא תושג במלואה או לא תושג כלל. כיוון שלפי הספרות הרפואית ומחקרים כ-5% מכלל האוכלוסייה אינם מגיבים לטיפול כלל. בהתאם פותר הלקוח את המטפל מכל טענה בגין כשלון תמורה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשתי וציפיותי לטיפול 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.

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 נותנת/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול 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).

אני מסכימה/ה בזאת לשימוש בפרטים המזהים של הטיפול על פי הרישומים בתיק הטיפולים, לרבות פרסום הצילומים של לפני ואחרי, הצגתם ושימוש בהם לרבות מצגות, הרצאות, פרסום במדיות השונות (אינטרנט, עיתונות טלוויזיה ועוד, וזאת תוך שמירה על צנעת הפרט (כיסוי אזורי העיניים ואזורים מוצנעים)).

### 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 תרופות מכל סוג שהוא בתקופה האחרונה? כן/לא, אם כן אנא פרטי/י \_\_\_\_\_

האם עברת אשפוז/ ניתוח מכל סוג שהוא במהלך השנתיים האחרונות? 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/י \_\_\_\_\_

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

במידה והינך סובלת/ת מאחד מהדברים המפורטים להלן עליך לידע לפני תחילת הטיפול את המטפלת/ת ואת ד"ר אכי פרידמן מכיוון שאין זה מומלץ לבצע טיפול במקרה כזה:

- היסטוריה של דלקות עור חוזרות
- 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 איזוטרטינואין (רואקוטן) ו/או תרופות פוטוסנסטיביות - עד שישה חודשים לאחר תום הטיפול
- אפילפסיה
- קעקועים או שומות באזור המטופל
- היסטוריה של הרפס סימפלקס חוזר
- היסטוריה של הרפס באברי המין (בעת טיפול בקו בקיני ובמפשעות)

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.
- 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 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 איוועץ 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 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 מתחייב/ת להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו לפני או מיד בתום הטיפול. ידוע לי כי התשלום מתבצע עבור כל טיפול בנפרד בהתאם לשטח האזור המטופל. הנני מאשר/ת כי הוסבר כי לא ניתן לנבא את תוצאות הטיפול ובמידה ולא אהיה מרוצה **לא אהיה זכאי להחזר כספי** כלשהו עבור הטיפול שבוצע.

חתימת המטופל \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחלוטין** והינו כרוך בתשלום. 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 האפוסטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ 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.

