

טופס הסכמה מדעת ומרצון

למילוי קמטים, עיבויי שפתיים ותיקון פגמים בעור

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

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. סיבוכים נדירים מאוד הינם מצב של ארוע מוחי או עיוורון עקב ביצוע הטיפול.

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 אקוב אחר הוראותיו של ד"ר פרידמן (למשל: נטילת טיפול אנטיביוטי ו/או אנטיוראלי 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).



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.

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 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 מתחייבת/ת להסדיר את התשלום בעבור פעולה זו מייד עם חתימתי על מסמך זה על פי התנאים שנקבעו בין ד"ר פרידמן וביני. 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**.

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: _____

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

ד"ר אכי פרידמן _____