

## טופס הסכמה מדעת ומרצון

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

אני הח"מ, \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

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

אני מצהיר/ה כי עברתי/לא עברתי בעבר קילוף עור (פילינג) כימי / לייזר / קרן אור 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.

האופן והמכשור בו יבוצע התהליך הוסברו לי בפירוט ע"י ד"ר אכי פרידמן תוך הדגשת הסיכונים, הסיכונים, תופעות הלוואי, אחוזי הצלחה וברירות המחדל הקיימות בהתאם למצבי ולאחר שהוסבר לי בחנתי, שאלתי, נעיתי הבנתי והחלטתי לעבור את הטיפול המוצע.

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, צוואר, חזה ואמות.

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

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 יכולה 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 אזור 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.

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.

הסכמתי ניתנת בזאת, לביצוע צילומים (במצלמה) של הפעולה לפני ואחרי הטיפול/ים. הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד. אני יודעת ומסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי יעשה ע"י ד"ר אכי פרידמן או בהנחיתו המקצועית.

#### 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 באיזוטרטינואין (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 אפשריות 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 \_\_\_\_\_
- האם הנך רגיש/רגישה לחומרי הרדמה מקומיים או לכל חומר אחר? אם כן פרט \_\_\_\_\_

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 ההסכמה 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.

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

הוסבר לי כי הטיפול שניתן לי הינו **פרטי לחולטין**.

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 חתמ/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

ד"ר אכי פרידמן \_\_\_\_\_