



טופס הסכמה לטיפול שיניים Dental Treatment

שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה שם פרטי

על הצורך בטיפול שיניים פירוט תכנית הטיפול (הוסף דף אם יש צורך):

(להלן: "הטיפול העיקרי").

הוסבר לי על הטיפול העיקרי, לרבות על התוצאות המקוות, הסיכויים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות
בנסיבות המקרה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה
בטיפול. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי נוחות, נפיחות, זיהום ורגישות
לקור וחום. הוסבר לי ואני מבין/ה שקימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול העיקרי, יסתבר שיש צורך
לשנות את תכנית הטיפול כולה או חלקה, לרבות טיפולים נוספים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או
במלואם, לרבות הפניה למרפאות מומחים (כירורגיה, טיפולי שרש, טיפולי חניכיים וכו') ואני מודעת/ת
לאפשרות זו.

ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות /
הרופא המטפל, לרבות שמירה על היגיינת חלל הפה, וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים
שאזדקק להם, וביצוע ביקורות במועדים שאדרש להם.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית לאחר שהובהרו לי הסיכונים והסיבוכים של ההרדמה
לרבות פגיעה בתחושה בשפה או בלשון, המטומה, נפיחות והגבלה בפתיחת הפה.

תאריך

חתימת המתרפא/ה

שם האפוסטרופוס

(קירבה)

חתימת האפוסטרופוס
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר שהסברתי ל מתרפא/ה/ לאפוסטרופוס של המתרפא/ה* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי
הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין את הסברי במלואם.

שם הרופא

חתימה

מספר רשיון

*מחק את המיותר.