

הסכמה מדעת לקבלת טיפול אורתודונטי למטופלים עד גיל 18

אני הח"מ _____ ת.ז. _____.

טלפונים _____, _____, _____.

במקרה של קטין - הוריו/אפוטרופוסו/ה של הקטין/ה _____

ת.ז. _____ להלן המתרפא, מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

מחיר הטיפול כפי שהוסכם כולל:

1. אבחנה ותוכנית טיפול
2. התקנת מכשירים כולל פלטות לשמירת תוצאות הטיפול (רטנציה)
3. עבודות מעבדה
4. כל הטיפול הדרוש לביצוע תכנית הטיפול.

מחיר הטיפול אינו כולל:

1. תצלומים/צילומי רנטגן שייעשו במכון פרטי הנדרשים לפני הטיפול ובסיומו.
2. עקירות, סתימות, ניקוי אבנית וכל טיפול אחר שאינו קשור ליישור שיניים.
3. עלות של מכשיר חדש במקרה של אובדן/שבר מכשיר אורתודונטי.

1. אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע כל הטיפולים המפורטים בתכנית הטיפול הנמצאת בתיקו של המתרפא, לאחר שפרטי הטיפול והסיכונים הכרוכים בו הוסברו לי על ידי הרופא המטפל ד"ר הרצל מינאל

2. ידוע לי כי בתכנית הטיפולים יתכנו, תוך כדי טיפול, שינויים ואני מסכים לכך כי אלו יבוצעו בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל.

3. ידוע לי כי במשך הטיפול יהיה צורך בביקורים תקופתיים אצל הרופא המטפל ואני מתחייב לגרום לכך שהמתרפא יופיע לביקורים אלו במועד ובמקום שייקבע על ידי הרופא ו/או על ידי משרד המרפאה.

4. ידוע לי כי אם המתרפא לא יופיע לביקורים כנ"ל, מוטלת עלי החובה לקבוע בהקדם האפשרי מועד חדש ואם לא אעשה כן, לא תהיה מוטלת עליכם ו/או מי מעובדיכם כל אחריות לנזק כלשהו, שעלול להגרם למתרפא.

5. ידוע לי כי אם המתרפא לא יופיע לביקור/טיפול במשך 6 חודשים רצופים, או שההופעות לטיפול לא תהיינה סדירות בתקופה של 6 חודשים, ייחשב הדבר כאילו ויתרתי על המשך הטיפול.

6. אני מתחייב לגרום לכך שהמתרפא יקפיד על שימוש נכון, תקין ורצוף במכשיר/ים שיופקו/ו לו כפי שיוסבר על ידי הרופא המטפל, וכן שיקפיד לדאוג לתקינות הגיינת הפה שלו ולבצע טיפולים למניעת מחלות שיניים וחניכיים, על ידי ביקור אחת ל-6 חודשים אצל רופא השיניים שלו, ואחת ל-3-4 חודשים

אצל השיננית, או כפי שימליץ הרופא המטפל וכמפורט בדף הנקרא "טיפול אורתודונטי דפי הסבר למתרפא - שקיבלתי וקראתי".

7. ידוע לי שתקופת הרטנציה, אחר הסרת המכשירים, היא חלק מתקופת הטיפול, ואני אחראי לכך שהמתרפא ימשיך לנהוג, בתקופה זו, על פי כל הנחיות הרופא וצוותו.

8. הוסבר לי על ידי הרופא על מהות הטיפול, התוצאות המקוות, דרך הטיפול והמיכשור שבהם יבוצע הטיפול. כמו כן הוסבר לי, טרם הבחירה בדרך הטיפול, שקיימות דרכי טיפול חלופיות.

9. הוסברו לי תופעות הלוואי העלולות להופיע תוך כדי טיפול, כמו כאבים ואי-נוחות, דלקות חניכיים, עששת, פציעה מהמיכשור, ספיגת שורשים, אובדן חיות של השיניים וכדומה.

10. הוסבר לי שמשך הטיפול תלוי בשיתוף פעולה מצד המתרפא. חוסר שיתוף פעולה ו/או תהליכים הקשורים לביוולוגית הגוף ותבנית גדילה עלולים לשנות תכנית טיפול מקורית לתכנית טיפול אחרת

11. קיימים שינוי גדילה מאוחרים החלים עם גמר הטיפול הפעיל ועלולים לגרום לליקוי סגר שאינו קשור ישירות ליחסי הסגר המטופל עתה.

12. אני מצהיר שקראתי והבנתי את דפי ההסבר למתרפא שניתנו לי. דפי ההסבר מהווים חלק בלתי נפרד מהסכמה מדעת זו.

13. אני מאשר כי קראתי והבנתי את כל האמור לעיל ואני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.

תאריך _____ שם המתרפא /ההורה/אפוסטרופוס _____ חתימה _____

14. אישור הרופא אני מאשר שהסברתי ל _____ את כל החומר לעיל בפרוט הדרוש וכי

_____ חתם/ה על הסכמה מדעת זו לאחר ששוכנעתי שהסברי הובן במלואו.

שם הרופא: ד"ר הרצל מיכאל