

## הסכמה מדעת לקבלת טיפול יישור שיניים באמצעות קשתיות שקופות IROK

אני/הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מרח' \_\_\_\_\_  
(במקרה של קטין - הוריו/אפוטרופוס/ה של הקטין/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_)  
(להלן: "המתרפא"), מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

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.
2. ידוע לי שמדובר בטיפול חדשני ומתקדם הנמצא בשימוש מזה מספר שנים. הטיפול מתבצע בעזרת קשתיות שקופות (Aligners) המורכבות על גבי השיניים ואותן מחליפים אחת לתקופה על פי הנחיות הרופא המטפל. ידוע לי שהטיפול דומה בעקרונותיו לטיפולים שנעשים מזה שנים רבות באורתודונטיה, ומנוצל בו כל הידע לטיפול יישור שיניים.
3. ידוע לי שלטיפול זה, כמו לטיפולים אחרים ביישור שיניים קיימות מגבלות מסוימות, עליהן לא ניתן להתגבר בעזרת המכשור, וידוע לי שיתכן ויודבקו לשיני או למכשור השקוף מכשירים קבועים ואצטרך להשתמש בגומיות ו/או יהיה צורך בסטריפינג IPR של צידי חלק מהשיניים כדי לפתור בעיות צפיפות וכל זאת תוך כדי הטיפול במכשור IROK.
4. ידוע לי שקיימת אפשרות שעל מספר שיניים יודבקו מספר מחברים שקופים ( Attachments ) או אביזרים מתכתיים אחרים המשמשים לאחיזה טובה יותר של הפלטות השקופות, ומסייעים לטיפול בהזזת השיניים.
5. ידוע לי כי עלי להרכיב את הקשתית ע"ג השיניים במשך 20-22 שעות ביממה ולמשך פרק זמן שיקבע ע"י הרופא המטפל הנע בין שבועיים לשלושה שבועות.
6. ידוע לי, שבשלב מסוימים ייתכן ואצטרך לעבור למכשור הדבקה רגיל (סמכים וטבעות) מתכתי או שקוף, על פי החלטת הרופא, על מנת לסיים את הטיפול בצורה נאותה.
7. ידוע לי שאובדן או שבירה של מכשיר/מכשירים (Aligner/s) הוא באחריותי, וההוצאות על הכנת מכשיר/מכשירים שאבדו, יחולו במלואן עלי.
8. הוסבר לי שעלי להוריד את הקשתיות בזמן פעולת אכילה וצחצוח שיניים ולהרכיבם מחדש בסיום הפעולה. אכילת מזון עשיר בסוכרים מותרת, אך דורשת צחצוח שיניים מתאים מיד לאחריו. נגיסות בקרח, עצמים ולעיסת מכשירי כתיבה שונים גורמים לשברים חוזרים ונשנים במכשירים, ולהגעה תכופה למרפאה לשם הכנת קשתית חדשה הכרוכה בתשלום.
9. שיתוף פעולה זה צריך להיות של המתרפא ושל משפחתו, והוא קשור לנושאים רבים כמו שמירה מעולה על הגיינה אוראלית (צחצוח שיניים ויתרה מכך גם של החניכיים), הרכבת המכשור תוך כדי הטיפול ולאחריו, והקפדה על לוח זמני הפגישות. חוסר שיתוף פעולה עלול להאריך את משך הטיפול המתוכנן, להביא לשינוי בתכנית הטיפול המקורית, ואף לתוצאה פחות טובה בסוף הטיפול.
10. ידוע לי כי בתכנית הטיפול יתכנו, תוך כדי טיפול, שינויים ואני מסכים לכך כי אלו יבוצעו בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל.
11. ידוע לי כי במשך הטיפול יהיה צורך בביקורים תקופתיים אצל הרופא המטפל ואני מתחייב להגיע לביקורים אלו במועד ובמקום שייקבע על ידי הרופא ו/או על ידי משרד המרפאה.
12. ידוע לי כי אם לא אופיע לביקורים כנ"ל, מוטלת עלי החובה לקבוע בהקדם האפשרי מועד חדש ואם לא אעשה כן, לא תהיה מוטלת על הרופא המטפל ו/או מי מעובדיו כל אחריות לנזק כלשהו שעלול להיגרם למתרפא.

13. ידוע לי כי אם לא אופיע לביקור/טיפול במשך 5 חודשים רצופים לכל היותר או שההופעות לטיפול לא תהיינה סדירות בתקופה של 4 חודשים, ייחשב הדבר כאילו ויתרתי על המשך הטיפול.
14. אני מתחייב להקפיד על שימוש נכון, תקין ורצוף במכשירים שיסופקו לי כפי שהוסבר על ידי הרופא המטפל וכן שאקפיד לדאוג לתקינות הגיינת הפה ולבצע טיפולים למניעת מחלות שיניים וחניכיים, על ידי ביקור אחת ל-6 חודשים אצל רופא השיניים, ואחת ל-3-4 חודשים אצל השיננית או כפי שימליץ הרופא המטפל.
15. ידוע לי שתקופת הרטנציה, אחר הסרת המכשירים, היא חלק מתקופת הטיפול ואני אחראי להמשיך לנהוג, בתקופה זו, על פי כל הנחיות הרופא וצוותו.
16. הוסבר לי על ידי הרופא המטפל על מהות הטיפול, התוצאות המקוות, דרך הטיפול והמיכשור שבהם יבוצע הטיפול. כמו כן הוסבר לי, טרם הבחירה בדרך הטיפול, שקימות דרכי טיפול חלופיות.
17. הוסבר לי תופעות הלוואי העלולות להופיע תוך כדי טיפול כמו כאבים ואי-נוחות, דלקות חניכיים, עששת ופציעה מהמכשור- הנובעים כולם מהגיינת פה לקויה.
18. הוסבר לי שמשך הטיפול והצלחתו תלוי בעיקרו בשיתוף פעולה מצד המתרפא. חוסר שיתוף פעולה עלול להביא לשינוי בתכנית הטיפול המקורית לתוכנית טיפול אחרת.
19. אני מאשר כי קראתי והבנתי את כל האמור לעיל ואני נותן בזאת את הסכמתי המפורשת לביצוע הטיפול והתחייבותי להישמע להנחיות וההוראות כאמור בכתב זה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המתרפא / ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**אישור הרופא:**

אני מאשר שהסברתי ל \_\_\_\_\_ את כל החומר לעיל בפרוט הדרוש וכי \_\_\_\_\_ חתם/ה על הסכמה מדעת זו לאחר ששוכנעתי שהסבריי הובנו היטב ובמלואם.

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_