**הסכמה לביצוע פעולה כירורגית**

פרטי המתרפא:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  שם משפחה        שם פרטי         שם האב                           ת. זהות

​הפעולה הכירורגית המתוכננת

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט מד"ר ליאור פיינשטיין על הצורך בפעולה הכירורגית הנ"ל, על כל הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות כל הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה  - אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח האמור במרפאה.

הוסבר לי ואני מבין/נה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת או במלואם.

לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת הרופא יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח המקורי. כמו כן הוסברה לי, בין היתר, האפשרות של פגיעה בעצב המנדיבולרי והלינגואלי שפירושו חוסר תחושה זמני או לצמיתות בסנטר או בשפה התחתונה ו/או בלשון באותו צד, פגיעה בסינוס המקסילרי בטיפול בלסת עליונה, ומשמעות הפגיעה הובהרה לי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה, בין אם מקומית או כללית, במידה ויהיה צורך בכך בהתאם ועל פי שיקול הדעת של הרופאים המטפלים.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות המרפאה וכי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במרפאה בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה:

שם  הרופא                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          תאריך          שעה                                                                       חתימת המטופל

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          שם האפוטרופוס                                     חתימת האפוטרופוס במקרה של קטין /פסול דין

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל/אפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל הדרוש וכי הוא חתם על טופס ההסכמה מדעת בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  שם הרופא                            מספר רישיון                                            חתימת הרופא