

הסכמה לטיפול שיניים בהרדמה כללית

טיפול שיניים לילדים, בהרדמה כללית/סדציה הכרתית*, מתבצע במצבים בהם נדרש טיפול שיניים נרחב או מורכב ו/או במצבים בהם הילד צעיר ו/או אינו מסוגל לשתף פעולה בשל כאב או טיפול ממושך.

אני החתום מטה, שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' ת.ז. _____
אב/אם/משמש אפוטרופוס לילד/ה: שם פרטי: _____ שם משפחה _____
מס' ת.ז. _____ (להלן "הילד/ה").

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר מד"ר _____
על הצורך בטיפול שיניים בהרדמה כללית/סדציה הכרתית*. פרוט הטיפול _____

_____ (להלן: "הטיפול").

אני מאשר ומסכים לכך שהילד/ה יעבור/תעבור טיפול שיניים בהרדמה כללית/סדציה הכרתית*, לאחר שהוסבר לי הצורך בטיפול שיניים תחת הרדמה/טשטוש*, מהות הטיפול והסיכונים הכרוכים בכך. בחתימתי אני מאשר את הסכמתי לביצוע טיפולי השיניים המפורטים בתכנית הטיפול, שנמסרה לי טרם ביצוע הטיפול. הובהר לי, עם זאת, כי עלול לעלות צורך בשינוי תכנית הטיפול, וזאת על פי ממצאים בלתי צפויים, שלא ניתן להעריכם מראש ושימצאו לראשונה תוך כדי הטיפול, או בעקבות ביצוע צילום רנטגן שיבוצע במהלך טיפול השיניים המתוכנן.

בהיות הילד/ה בהרדמה כללית/סדציה הכרתית* לא יעוכב הטיפול ויבוצעו הטיפולים הנדרשים, כולל טיפולים משמרים ועקירות של שיניים אבודות, או טיפולים אחרים הנדרשים על פי שיקול דעתו של רופא השיניים. באם יסתבר לרופא המטפל, כי השינוי בתכנית הטיפול הינו מהותי, יעוכב הטיפול עד לקבלת הסכמתי.

אני מצהיר ומאשר בזאת שקיבלתי הסבר ממרדים, על הרדמה כללית/סדציה הכרתית*.

_____ חתימת הרופא/ה המטפל/ת

_____ חתימת האפוטרופוס

_____ תאריך

* מחק את המיותר

** ההסבר והחתימה על טופס זה אינם מייתרים את הצורך בהסבר המרדים וחתימה על טופס הסכמה להרדמה.



הטופס הוכן ביוזמת ש.י.ל.ה רשת מרפאות שיניים של שירותי בריאות כללית