

## טופס הסכמה מדעת לקבלת טיפול אורתודונטי:

(כל הכתוב בלשון זכר מכיוון גם ללשון נקבה)

### טופס הסכמה מדעת לקבלת טיפול אורתודונטי

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

במקרה של קטין - הוריו/אפוטרופוסו/ה של הקטין/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

להלן המתרפא, מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

- אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע כל הטיפולים המפורטים בתכנית הטיפול הנמצאת בתיקו של המתרפא/ה, לאחר שפרטי הטיפול והסיכונים הכרוכים בו הוסברו לי על ידי ד"ר נפתלי ברזניאק או נציגו.
- ידוע לי כי בתכנית הטיפולים יתכנו, תוך כדי הטיפול, שינויים. אני מסכים/ה לכך כי שינויים אלו יבוצעו בהתאם לשיקול דעתו של ד"ר נפתלי ברזניאק.
- ידוע לי כי לאורך הטיפול יהיה צורך בביקורים תקופתיים אצל הרופא. אני מתחייב/ת להגיע לביקורים אלו במועד שייקבע על ידי הרופא ו/או על ידי משרד המרפאה. אם מדובר בקטין אני מתחייב/ת לגרום לכך שהמתרפא/ה יגיע לביקורים אלו במועד שייקבע על ידי הרופא ו/או על ידי משרד המרפאה.
- ידוע לי כי אם המתרפא/ה לא יופיע לביקורים כנ"ל, מוטלת עליו/ה החובה לקבוע מועד ביקור חדש בהקדם האפשרי. אם המתרפא/ה לא יפעל כך, לא תהיה מוטלת על הרופא ו/או עובדי המרפאה כל אחריות לנזק כלשהו שעלול להיגרם למתרפא/ה בעקבות אי-הגעה לביקורים.
- ידוע לי כי אם המתרפא/ה לא יופיע לביקור/טיפול במשך 6 חודשים רצופים, או שההגעה לטיפול לא תהיינה סדירה בתקופה של 6 חודשים, ייחשב הדבר כאילו המתרפא/ה ויתר על המשך הטיפול.
- אני המתרפא/ה מתחייב/ת, ואם מדובר בקטין אני מתחייב/ת לגרום לכך שהמתרפא/ה, יקפיד על שימוש נכון, תקין ורצוף במכשיר/ים שיסופקו/ למתרפא/ה וכפי שיוסבר על ידי ד"ר נפתלי ברזניאק. וכן להקפיד לדאוג לתקינות הגיינות 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 ד"ר נפתלי ברזניאק וכמפורט בדף הנקרא "טיפול אורתודונטי-דפי הסבר למתרפא" שקיבלתי וקראתי.
- ידוע לי שתקופת הרטנציה, לאחר הסרת המכשירים, היא חלק מתקופת הטיפול, ואני אחראי/ת לכך שהמתרפא/ה ימשיך לנהוג, בתקופה זו, על פי כל הנחיות הרופא וצוותו.
- תקופת האחריות על קיבוע קבוע היא שנה אחת מהדבקתו הראשונה.** מעבר לתקופה זו כל תיקון או החלפה יהיו כרוכים בתשלום. החלפה או תיקון שבר במכשיר נייד גם בס כרוכים בתשלום.
- הוסבר לי על ידי ד"ר נפתלי ברזניאק על מהות הטיפול, התוצאות המקוות, דרך הטיפול והמיכשור שבהם יבוצע הטיפול. כמו כן הוסבר לי, טרם הבחירה בדרך הטיפול, שקימות דרכי טיפול חלופיות.
- ברור לי מהן תופעות הלוואי העלולות להופיע תוך כדי טיפול, כמו כאבים ואי-נוחות, דלקות חניכיים, עששת, פציעה מהמיכשור, ספיגת שורשים, אובדן חיות של השיניים וכדומה.
- הובהר לי שמשך הטיפול תלוי גם בשיתוף הפעולה מצד המתרפא/ה. חוסר שיתוף פעולה ו/או תהליכים הקשורים לביולוגית הגוף ותבנית גדילה עלולים לשנות תכנית טיפול מקורית לתכנית טיפול אחרת.
- שינויים מאוחרים החלים לאחר גמר הטיפול הפעיל עלולים לגרום לליקוי סגר השיניים שאינו קשור ישירות לסגר המטופל עתה, או להחמרת הסגר עקב גדילה והתפתחות לקויים.
- אני מצהיר/ה שקראתי והבנתי את 'דפי ההסבר למתרפא' שניתנו לי. דפי ההסבר מהווים חלק בלתי נפרד מהסכמה מדעת זו.

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

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