

טופס הסכמה לטיפול אורתודונטי

Orthodontic Treatment

מטרת הטיפול האורתודונטי היא להשיג שיפור בעמדת השיניים, היחסים הסגריים, התפקוד והאסתטיקה של השיניים והפנים. שם המתרפא/ה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על הטיפול האורתודונטי בלסת עליונה/בלסת תחתונה/בשתי הלסתות - בהתאם לתוכנית הטיפול המפורטת שהוצגה לי בתאריך _____

להלן: "הטיפול העיקרי"

הוסבר לי מטרת הטיפול, משך הטיפול המשוער, דרכי הטיפול והמכשור הכרוך בו. הוצגו בפני דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בניסיונות המקרה. דרכי הטיפול החלופיות נשקלו על ידי טרם הבחירה בטיפול העיקרי. הוסבר לי תופעות הלוואי של הטיפול העיקרי לרבות: תחושת לחץ, רגישות וניידות חולפת של השיניים, אי נוחות עד כדי פציעה של הרקמות בפה ונפיחות של החניכיים.

כמו כן הוסבר לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים של הטיפול העיקרי, לרבות: ספיגה מסוימת של שורשי השיניים, אבדן חיות של שן, פגיעה במערכת התאחיזה של השיניים ורגישות במפרקי הלסת שמשמעותם הוסברה לי. ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק לגבי מצב בריאותי, וכן ביצוע כל ההוראות שאקבל מהצוות ו/או הרופא המטפל, לרבות: הצורך בשמירה על היגיינה קפדנית של הפה במהלך הטיפול, בכדי למנוע היווצרות כתמים על השיניים ו/או עששת, שימוש נכון במכשור האורתודונטי וקבלת כל הטיפולים המשמרים והשיקומיים שאזדקק להם. במקביל לביקורים הסדירים אצל האורתודונט יש לערוך בקורת אצל רופא השיניים לפחות פעם בשישה חודשים או על פי הוראת הרופא המטפל וטיפול סדיר ע"י שיננית.

הוסבר לי שמשך הטיפול והשגת התוצאה המקווה תלויים, בין השאר, בליקוי הסגר הראשוני, בשינויים החלים עקב תהליכי גדילה שעלולים להביא ליצירת ליקוי סגר חדש שאינו קשור לטיפול שניתן ובשיתוף פעולה מצדי. גורמים אלה עלולים להשפיע על השגת התוצאה המקווה, על הארכת משך הטיפול ו/או על הפסקת הטיפול עוד בטרם סיומו.

הוסבר לי ואני מבין/ה שקימת אפשרות שתוך כדי מהלך הטיפול העיקרי יסתבר שיש צורך לשנות את תכנית הטיפול כולה או חלקה, לרבות טיפולים נוספים שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, לרבות שינוי במכשור האורתודונטי. הוסבר לי שלמרות הפעולות לשימור עמדת השיניים, קיבוע או/ו פלטה בסוף הטיפול, עלולה להיות נסיגה בעמדת השיניים. הוסבר לי כי במידה ולא ארכיב את הפלטה בהתאם להוראות שקיבלתי, עלולה להיות נסיגה בעמדת השיניים. כמו כן, הוסבר לי כי הקיבוע עלול להתנתק ו/או להישבר. ידוע לי שבמקרה זה עליי לפנות בהקדם למרפאה. כמו כן, הוסבר לי כי במידה שלאחר הטיפול יחולו שינויים בלתי צפויים בלסתות או בשיניים עלול להיגרם ליקוי סגר חדש. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

חתימת המתרפא/ה

תאריך

חתימת האפוסטרופוס

שם האפוסטרופוס

(במקרה של פסול דין, או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למתרפא/ה / לאפוסטרופוס של המתרפא/ה/ למתרגם לשפתו/ה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם. שם המתרגם/קרבא למתרפא/ה: _____

מס' רישיון

חתימת הרופא

שם הרופא/ה