

## הסכמה לטיפול שיניים בעזרת שתלים

אני הח"מ מבקש/ת ומאשר בזה לד"ר \_\_\_\_\_ או לצוות הרופאים במרפאת שיניים אסותא לטפל בי בהשתלות דנטליות בלסת עליונה ו/או בלסת תחתונה ובמידת הצורך להוסיף השתלת עצם וממברנה בלסת עליונה ו/או תחתונה.

פירוט תוכנית הטיפול:

הוסבר לי על ביצוע שתל ו/או השתלת עצם ו/או ממברנה, לרבות התוצאות, על הסיכונים והטיפול החלופי בנסיבות המקרה, וכן הסיכויים והסיכונים בטיפול המוצע והבדיקות הכרוך בכך, לרבות האפשרות לפגיעה בעצב המנדיבולרי בעת ביצוע השתלות בלסת התחתונה, שפירושם חוסר תחושה זמני, או לצמיתות בשפה ו/או בסנטר ואפשרות פגיעה בסינוס הלסת העליונה. הוסברה לי האפשרות לאי קליטת השתל. ידוע לי שלמעשן סיכוי קליטת השתל מופחתים. הוסבר לי, כי קיימת אפשרות לבצע פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן בוודאות ואני מסכים/ה לאותו שינוי שיתברר בעת ביצוע הניתוח, או אחריו. ידוע לי, כי יתכנו תוספות שלא היו צפויות מראש, ואני מסכים לביצוע ולשלם עבורן. הובהר לי על חשיבות ההתמדה בטיפול, הצוות המטפל לא יהיה אחראי לטיפול ותוצאותיו, אם במהלכו אפנה למרפאה אחרת ו/או אצל רופא אחר מחוץ למכבידנט. כמו כן ברורה לי החשיבות בביצוע ההוראות שאקבל לרבות שמירה על היגיינת הפה וביצוע כל הטיפולים המשמרים והשיקומים. לא ינתן החזר על שתל, עצם, ממברנה שלא יקלטו.

אני מאשר/ת כי הסברתי ל \_\_\_\_\_ את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתום/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_

מספר רשיון

חתימה

שם הרופא