

הסכמה להרמת שפה עליונה

הרמת שפה עליונה מתבצעת על ידי הסרת חלק מהעור והשריר ממש מתחת לבסיס האף בתבנית הניתנת להתאמה אישית, ותפירה של תת-העור והעור. כך השפה מתקצרת, מתרוממת והרירית האדומה נמשכת כלפי מעלה.

התהליך מתבצע בהרדמה מקומית ולעיתים רחוקות ביותר בהרדמה אזורית או כללית.

שם פרטי _____ משפחה _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בכתב ובעל פה מדר' אברהמי על ניתוח להרמת שפה עליונה (להלן "הניתוח העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, וכן על צורת הצלקת. כמו כן הוסברו לי שיטות טיפול מקובלות ואפשרויות אחרות וכן הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחת משיטות טיפול אלה, ומהם יתרונותיה של השיטה שנבחרה על פני החלופות האפשריות.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי, לרבות: שטפי דם, אודם, נפיחות, אסימטריה של הפנים, כאב ואי נוחות. הובהר לי שבכל מקרה תיוותר צלקת באזור הטיפול, אשר צפויה להשתפר במשך הזמן אך בעיון מקרוב ניתן יהיה להבחין בה. הוסבר לי שצורת הצלקת תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו וקיימים מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות, שהן צלקות אדומות, בולטות ומגרדות היכולות להגיע לגדלים משמעותיים.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים במהלך הטיפול העיקרי ולאחריו לרבות: דימום מקומי, זיהום מקומי, פתיחת התפרים, אסימטריה של השפתיים, הישנות של שפה מוארכת, צלקת מכערת, שינויים בפיגמנטציה (איבוד צבע או עודף צבע באזור הטיפול), כאב או חוסר תחושה קבועים באזור הניתוח. סיכונים אלה ואחרים שלא פורטו אינם שכיחים.

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני מאשר/ת ומסכים/מסכימה בזאת שדר' יואב אברהמי יהא רשאי להשתמש בצילומים המצורפים לצורך פרסום מדעי, ו/או ליחסי ציבור, קידום מכירות ופרסום לציבור הרחב, וזאת באמצעי המדיה הכתובים והאלקטרוניים השונים, לפי שיקול דעתו (להלן: "השימוש בצילומים"). הריני מאשר/ת ומסכים/מסכימה בזאת כי במסגרת השימוש בצילומים ובצירוף לצילומים לא יפורסמו כל פרטים העלולים לזהותי לרבות שמי המלא, כתובת מגורים ועיסוקי המקצועי, כפי שהם בעת ביצוע הפרוצדורה הרפואית נשוא הצילום. הריני לאשר כי הסכמתי לעשיית שימוש בצילומים היא עם הסתרה של פרטים מזהים חיצוניים לגוף כמו תכשיטים וקעקועים. הריני לאשר כי אין לי ולא יהיו לי כל טענות כלשהן כנגד דר' יואב אברהמי ו/או חברה שבבעלותו המלאה או החלקית ו/או כנגד מי מטעמו בגין עשיית השימוש בצילומים,

לרבות בדבר פגיעה בפרטיות כמשמעותה בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, בדבר פגיעה בכבוד ו/או הפרה של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, בדבר הוצאת לשון הרע כמשמעותו בחוק איסור לשון הרע התשכ"א-1965, או בדבר עשיית עושר ולא במשפט, וכי אין בעשיית השימוש בצילומים משום הפרה של כל דין או משום פגיעה בזכות מזכויותי .

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט, אינם מדע מדויק, וכי לא ניתן למנוע לחלוטין סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המנתח מתחייב לטפל במסירות בכל סיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא יינתן זיכוי כספי משום סוג, בשל סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, לא יכוסו כל נזק כספי או אחר שיגרם בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז, ו/או כל נזק ישיר או עקיף שייגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

במידה ויוחלט לאחר פרק זמן ההחלמה שהוא בדרך-כלל כשנה שיש צורך בניתוח מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות. אני מתחייבת/ת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשר/ת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופל/ת / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

תאריך: _____ חתימה _____

חתימת המטופל/ת / אפוטרופוס בפעם השנייה:

תאריך: _____ חתימה _____

אני מאשר כי הסברתי למטופל/ת / אפוטרופוס את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי החתימה בוצעה אחרי ששוכנעתי שהסברי הובנו במלואם.

תאריך: _____ חותמת וחתימה _____