

**התחייבות כספית לטיפול אורתודונטי**  
(כל הכתוב בלשון זכר מכון גם ללשון נקבה)

אני, המתרפא הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
במקרה של קטין - הוריו/אפוטרופוסו/ה של הקטין/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

1. אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע כל הטיפולים המפורטים בתכנית הטיפול הנמצאת בתיק הטיפול, לאחר שפרטי הטיפול ועלותו הוסברו לי על ידי הרופא המטפל או מי מבאי כוחו.
2. ידוע לי כי בתכנית הטיפולים ייתכנו, תוך כדי טיפול, שינויים. לפיכך, אני מסכים/ה לכך כי שינויים אלו יבוצעו בהתאם לשיקול דעתו של ד"ר נועם פרוטר תמורת תשלום נוסף, אם יידרש.
3. אני מתחייב/ת להסדיר את התשלום בתחילת הטיפול, באחת מהאפשרויות שתוצענה על ידי המרפאה כמפורט מטה. כמו כן, אני מתחייב/ת לסיים לשלם את מלוא עלות הטיפול לפני סיום הטיפול הפעיל. כמו כן אני יודע שבמסגרת הטיפול האורתודונטי של ד"ר נועם פרוטר תידרשנה פעולות נוספות אשר אינן כלולות במחיר הטיפול. להלן רשימה חלקית של הפעולות הנוספות שאני מתחייב/ת לשלם עבורן:
  1. תצלומים ומטבעים שיעשו במכון/מעבדה פרטיים, הנדרשים לפני הטיפול, בהמשכו ובסיומו.
  2. עקירות שיניים, חשיפות שיניים, טיפול משמר, סתימות, טיפולי שורש, כתרם וכדומה.
  3. טיפול הסרת אבן (שיניית), הדרכה בהיגיינה אוראלית ופלאורידציה, לפני הטיפול וכל 3-4 חודשים במשך הטיפול, וכן לפי קביעת הרופא המטפל, אם לא נקבע אחרת.
  4. בדיקה וייעוץ ראשוני שיעשו טרם הטיפול.
4. במקרה שמסיבה כלשהי לא אעמוד בהתחייבותי לשלם בעבור הטיפול במועד, ע"פ תכנית התשלומים המפורטת מטה ולאחר שד"ר נועם פרוטר ו/או משרד המרפאה התריעו על כך, ד"ר נועם פרוטר ו/או משרדו רשאים להפסיק את הטיפול הרפואי ללא כל התראה נוספת אם לא אסלק חוב זה. ברור לי ומוסכם שד"ר נועם פרוטר ומרפאתו לא יישאו באחריות לתוצאות הרפואיות והאחרות בגין הפסקת הטיפול הרפואי, ולא תהיה לי שום טענה כלפיהם.
5. ידוע לי כי אם אבקש להפסיק את הטיפולים בכל שלב שהוא ומכל סיבה שהיא, לפני שד"ר נועם פרוטר יקבע את סיומם, יהיה עלי לשלם את כל ההוצאות שחלו עד למועד הפסקת הטיפול. הוצאות אלו כוללות את עלות החומרים והמכשירים, עלות הטיפול הרפואי עד אותו שלב על פי תעריף המרפאה והוצאות טיפול משרדי בתיק הרפואי שלי. כמו כן, אם עברו 12 חודשים מיום תחילת הטיפול, לא יוחזר לי כסף ששילמתי מראש עבור הטיפול, גם אם הוא לא הגיע לכלל סיומו.
6. ידוע לי כי אם לא אופיע (או הקטין) לביקור/טיפול במשך 6 חודשים רצופים, או שההופעות לטיפול לא תהיינה סדירות בתקופה של 6 חודשים, ייחשב הדבר כאילו ויתרתי על המשך הטיפול. במקרים אלו לא אהיה זכאי להחזר תשלום אשר שילמתי, ולא תהיינה לי כל תביעות ו/או טענות כלפי הרופא או צוות המרפאה.
7. ידוע לי כי אם אבקש (או הקטין) לעבור לרופא אחר בטרם הסתיים הטיפול, אשא בהוצאות ההעברה כפי שייקבעו על ידי ד"ר נועם פרוטר.
8. תכנית התשלומים: מחיר הטיפול כפי שנקבע הוא \_\_\_\_\_ ש"ח שישולם על פי:
  1. \_\_\_\_\_ תשלומים חודשיים שווים של \_\_\_\_\_ ₪ בצ'קים עתידיים שיינתנו עם תחילת הטיפול, או
  2. \_\_\_\_\_ תשלומים חודשיים שווים של \_\_\_\_\_ ₪ בכרטיס אשראי שיינתנו עם תחילת הטיפול.
9. במקרה של טיפול בשני שלבים מחיר הטיפול לשלב הראשון הינו \_\_\_\_\_ ₪ שישולם בתשלומים ככתוב בסעיף 8, ע"פ אחת משתי האפשרויות המתוארות לעיל. אם יהיה צורך בטיפול בשלב השני, ייגבה תשלום נוסף.

אני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את כל האמור לעיל וכן את דפי ההסבר שניתנו לי

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