

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:
1. אני נותן/ת בזה את הסכמתי לביצוע כל הטיפולים המפורטים בתכנית הטיפול הנמצאת בחיקוי של המתרפא/ה, לאחר שפרטי הטיפול והסיכונים הכרוכים בו הוסברו לי על ידי ד"ר נועם פרוטר (להלן הרופא) או מישהו מטעמו.
 2. ידוע לי כי בתכנית הטיפולים יתכנו, תוך כדי הטיפול, שינויים. חלק מהם ניתן לי בטרם הטיפול וחלק מהם יהיה בלתי צפוי, לא ניתן לי. אני מסכים/ה לכך כי שינויים אלו יבוצעו בהתאם לשיקול דעתו של ד"ר נועם פרוטר.
 3. 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. אני יודע שלאחר כל טיפול עלי לדאוג לקבוע תור למרפאה לפי הנחיית הרופא.
 4. ידוע לי כי אם המתרפא/ה לא יופיע לביקורים כנ"ל, מוטלת עלי/ה החובה לקבוע מועד ביקור חדש בהקדם האפשרי. אם המתרפא/ה לא יפעל כך, לא תהיה מוטלת על הרופא ו/או עובדי המרפאה ו/או עובדי MySmile כל אחריות לנוק כלשהו שעלול להיגרם למתרפא/ה בעקבות אי-הגעה לביקורים.
 5. 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.
 6. אני המתרפא/ה מתחייב/ת, ואם מדובר בקטין אני מתחייב/ת לגרום לכך שהמתרפא/ה, יקפיד על שימוש נכון, תקין ורצוף במכשיר/ים שיוספקו/ למתרפא/ה וכפי שיוסבר על ידי ד"ר נועם פרוטר. וכן להקפיד לדאוג לתקינות הגיינת הפה ולבצע טיפולים למניעת מחלות שיניים וחניכיים, על ידי ביקור אחת ל-6 חודשים אצל רופא השיניים, ואחת ל-3-4 חודשים אצל השינינית או כפי שימליץ ד"ר נועם פרוטר וכמפורט בדף הנקרא "טיפול אורתודונטי-דפי הסבר למתרפא" שקיבלתי וקראתי.
 7. ידוע לי שתקופת הרטוציה, 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 נניד גם הם כרוכים בתשלום.
8. הוסבר לי על ידי ד"ר נועם פרוטר על מהות הטיפול, התוצאות המקוות, דרך הטיפול והמיכשור שבהם יבוצע הטיפול. כמו כן הוסבר לי, טרם הבחירה בדרך הטיפול, שקימות דרכי טיפול חלופיות, וביניהן האופציה לא לטפל.
 9. ברור לי מהן תופעות הלוואי העלולות להופיע תוך כדי טיפול, כמו כאבים ואי-נוחות, דלקות חניכיים, עששת, פציעה מהמיכשור, קיצור קצות שורשים, אובדן חיות של השיניים וכדומה. הסיבה לקיצור קצות השורשים, במקרים נדירים יחסית, אינה ידועה, ואין אפשרות לדעת אצל מי תופיע. אולם אין היא פוגעת בתפקוד השן, צבעה, או אורך חייה, לאורך שנים רבות מאוד.
 10. הובהר לי שמשך הטיפול תלוי גם בשיתוף הפעולה מצד המתרפא/ה. חוסר שיתוף פעולה ו/או תהליכים הקשורים לבילוגית הגוף ותבנית גדילה עלולים לשנות תכנית טיפול מקורית לתכנית טיפול אחרת.
 11. שינויים מאוחרים בסגר, החלים לאחר גמר הטיפול הפעיל עלולים לגרום לליקוי סגר השיניים שאינו קשור ישירות לסגר המטופל עתה הם קשורים בעיקר לשינויים בלתי צפויים בגדילה ובהתפתחות, או לשינויים בתפקוד הלשון והשפתיים.
 12. בכל מקרה של הפרעות בתפקוד הרקמות הרכות של הפה, לשון ושפתיים, כמו הגייה ובליעה, מומלץ לעבור טיפול מתאים על ידי קלינאית/ת תקשורת.
 13. אני מצהיר/ה שקראתי והבנתי את 'דפי ההסבר למתרפא' שניתנו לי. דפי ההסבר מהווים חלק בלתי נפרד מהסכמה מדעת זו.
 14. אני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את כל האמור לעיל ואני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.

תאריך _____ שם המתרפא /ההורה/אפוטרופוס _____ חתימה _____

15. 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: _____ חתימה _____