

תיקון א-סימטריה יכול לכלול אחד או יותר מהניתוחים הבאים:

- 1. הגדלת חזה**
- 2. הרמת חזה**
- 3. הקטנת חזה**
- 4. הזרקת שומן לשד**

מצ"ב טפסי ההסכמה לכל אחד מהניתוחים.

הסכמה לניתוח הגדלת שדיים במשתלי סיליקון ג'ל

ניתוח להגדלת שדיים הינו ניתוח קוסמטי. ההגדלה מבוצעת ע"י הכנסת משתל עשוי סיליקון המכיל בתוכו סיליקון ג'ל. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, ולעיתים בהרדמה מקומית בתוספת הרגעה עמוקה

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי

על ניתוח להגדלת שדי ימין / שד שמאל / שני השדיים עם החדרת משתלים של חברת _____ בטווח נפחים _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הנני מצהירה בזאת כי קבלתי הסבר מפורט על התוצאות המקוות, המגבלות, הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, בחילות והקאות, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם, הצטברות נוזלים, ופצעים בקו התפרים.

הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הרפיו של ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, הצטברות נוזלים, שינויים בתחושת הפטמות ו/או עור השד מחוסר תחושה ועד כאב כרוני היכולים להיות זמניים או קבועים; הזדקרות קבועה של הפטמות, היווצרות גושים, פעירה של שולי החתכים, אסימטריה של השדיים, תזוזה או קיפול נמוש של המשתל, דליפה או קרע במעטפת המשתל, פליטה או דחייה של המשתל; התקשות הקופסית שנוצרת סביב המשתל והתכווצותה וכתוצאה מכך אי-נוחות וכאב ו/או עיוות בצורת השד או הפיטמה. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

אני מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת המשתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, מחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון. יתכן ומשתל הסיליקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסוים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות אלו. כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלימפומה נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים, ולכן אני מבינה כי יהיה עליי לפנות לרופא אם מתפתחים תסמינים יוצאי דופן הקשורים למשתלי השדיים שבגופי. הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד.

ידוע לי כי שינויים קיצוניים במשקל, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השד ועלולים לגרום לצניחת השדיים ועיוות צורתם. כמו כן הוסברה לי מהות ניתוח להרמת השד, אני מבינה שהוא כרוך בהוספת צלקות, ואינני מעוניינת בו או שאינני זקוקה לו. ידוע לי כי ההחלטה לגבי נפח המשתלים הינה סופית, ושינוי הנפח אחרי סיום הניתוח יהיה כרוך בניתוח נוסף. אני מאשרת שבדקתי את סוגי ונפח המשתלים השונים, וכי אני מסכימה להכנסת המשתל בעל הנפח שנבחר על ידי בסיוע המנתח. הוסבר לי גם כן, שמשתלים אנטומיים עלולים להסתובב, ולא ניתן למנוע זאת מראש. ידוע לי והוסבר לי כי טיב הסיליקון ממנו עשוי המשתל שיושתל בגופי נעשה על פי מיטב הידע והמיומנות המקצועית הידועות היום, אך אין בהם כדי להבטיח באופן מוחלט העדר תופעות בעתיד. אני מבינה שאין נתונים

מדויקים לגבי אורך חיי המשתל, ואחוזי הקרע הספונטאני שלו. אני יודעת שתוצאות הניתוח לא יישמרו למשך כל החיים והתהליך המתמשך של צניחת השדיים ימשיך.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי רופא מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

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 להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופלת / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופלת / אפוטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

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

_____ תאריך: _____ שעה: _____ חותמת וחתימה _____

טופס הסכמה: ניתוח הרמת שדיים MASTOPEXY

הניתוח הינו קוסמטי, וכולל הרמת הפטמה והסרה של עודפי עור. לעיתים הניתוח יכול להתבצע בשילוב עם החדרת משתלי סיליקון כדי להגדיל את נפח השדיים.

הניתוח מבוצע בהרדמה כללית, ולעיתים בהרדמה מקומית בתוספת הרגעה עמוקה.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי

על ניתוח להרמת שדי ימין / שד שמאל / שני השדיים עם / בלי החדרת משתלים של חברת _____ בטווח נפחים _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח העיקרי לרבות: כאב, בחילות והקאות, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם, הצטברות נוזלים, ופצעים בקו התפרים.

הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, ויש סיכוי סביר לאובדן יכולת ההנקה. הוסבר גם שהניתוח איננו עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד, וידוע הוא ששניים במשקל הגוף, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השדיים ועלולים לזרז את צניחתם. אני מבינה שהשדיים ייפלו לאחר הניתוח במידה בלתי ידועה בהתאם לגודל השד ואיכות העור.

הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הריפוי שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, כהות או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, שינויים בתחושת הפטמות ו/או עור השד היכולים להיות זמניים או קבועים, היווצרות גושים, פעירה של שולי החתכים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות, היוותרות קפלי עור ואסימטריה של השדיים. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

במקרה של משתל סיליקון - הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, לרבות קיפול נמוש של המשתל, דליפה או קרע במעטפת המשתל, וכן זיהום, פליטה או דחיה שיצריכו ניתוח להוצאתו; התקשות הקופסית שנוצרת סביב המשתל והתכווצותה וכתוצאה מכך אי נוחות וכאב, ו/או עיוות בצורת השד/פיטמה, עד כדי צורך בהוצאת המשתל.

אני מודעת לעובדה שקיימת דליפה מיקרוסקופית של סיליקון ג'ל דרך דופן מעטפת המשתל. ידוע לי שהועלו חשדות בדבר הקשר בין סיליקון ג'ל ו/או חספוס מעטפת המשתל לבין התפתחות מיני סרטן שונים, מחלות ריאומטיות או של מערכת החיסון. יתכן ומשתל הסיליקון מעלה במידה קטנה, באחוז מסוים של נשים, את הסיכון לפתח מחלות אלו. כמו כן, קיים סיכון מוגבר במקצת, אצל נשים עם משתלי חזה, לחלות בלימפומה נדירה מסוג Anaplastic Large Cell Lymphoma. התופעה העיקרית במקרים אלו הייתה הצטברות

נוזלים מאוחרת, לעיתים לאחר שנים, סביב המשתלים, ולכן אני מבינה כי יהיה עליי לפנות לרופא אם מתפתחים תסמינים יוצאי דופן הקשורים למשתלי השדיים שבגופי.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי רופא מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

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 להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופלת / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופלת / אפוטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

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

_____ תאריך: _____ שעה: _____ חותמת וחתימה _____



הסכמה לניתוח הקטנת שדיים

ניתוח להקטנת שדיים הינו ניתוח קוסמטי, אם כי לעיתים, נעשה מסיבות רפואיות כדי להקטין את העומס על עמוד השדרה ובית החזה. הקטנת שדיים מבוצעת באמצעות הרמה של הפטמה והסרה של רקמות שד, עור ושומן. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית.

שם המטופלת: _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח להקטנת שד ימין / שד שמאל / שני השדיים (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הקטנת השדיים.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, בחילות והקאות, נפיחות, שטפי דם, הצטברות נוזלים ופצעים בקו התפרים.

הובהר לי שהניתוח עלול להקשות על יכולת האבחון של גידולים בבדיקות שד, ויש סיכוי סביר לאובדן יכולת ההנקה. הוסבר גם שהניתוח איננו עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של השד, וידוע הוא ששנויים במשקל הגוף, הריון, לידה והנקה משנים את צורת השדיים ועלולים לזרז את צניחתם. אני מבינה שהשדיים ייפלו לאחר הניתוח במידה בלתי ידועה בהתאם לגודל השד ואיכות העור.

הוסברה לי משמעות ניתוח הקטנה של השד ואני מבינה שהוא כרוך בכל מקרה בצלקות באזור החתכים, ולמרות זאת, אני מעוניינת בו. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ותכונות הרפיון שלו ויש מקרים בהם תתפתחנה צלקות רחבות ומכוערות, כהות או צלקות קלואידיות (אדומות בולטות ומגרדות).

כמו כן הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים העיקריים לרבות: דימום, זיהום, הזדקרות או שקיעה קבועה של הפטמות, שינויים בתחושה בעור השד ו/או בפטמות בטווח של רגישות יתר ועד אובדן תחושה תמידי, היווצרות גושים, פעירה של שולי החתכים, נמק של עור ו/או עטרה ו/או פיטמה ו/או של רקמות עמוקות, היוותרות קפלי עור ואסימטריה של השדיים. סיבוכים אלה עלולים להצריך טיפולים וניתוחים נוספים.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה כללית לעיתים בשלוב עם הרדמה מקומית. ההסבר על ההרדמה הכללית יינתן לי על ידי רופא מרדים.

כמו כן אני מצהירה ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת חזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

אני מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

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 שייגרם 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 בנייתו מתקן, הוא יבוצע בהסכמת שני הצדדים ובמחיר עלות.

אני מתחייבת להמשיך במעקב תקופתי אצל הרופא המנתח או הרופא המטפל כפי שהם יקבעו, ולהודיע במועד על כל שינוי בלתי צפוי במהלך הריפוי.

אני מאשרת שהיה לי הזמן לעיין בטופס ההסכמה ולקבל חוות דעת נוספת על פי בחירתי.

חתימת המטופלת / אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופלת / אפוטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

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

_____ תאריך: _____ שעה: _____

_____ חותמת וחתימה



טופס הסכמה: הזרקת שומן

הזרקת שומן הינה טכניקה ניתוחית בה מבוצעת שאיבת שומן מאזור אחד בגוף, והשומן מוזרק לאזור אחר בו מקווים להשיג מילוי.

שם המטופל/ת: _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה ובכתב מד"ר יואב אברהמי על ניתוח הזרקת שומן **שיילקח מאזור/ים** _____ **ויוזרק לאזור/ים** _____ (להלן "הניתוח העיקרי").

הוסברו לי דרכי טיפול חלופיות לרבות הזרקת חומרים אחרים.

הוסברו לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת התיקון בניתוח, כלומר אי השגת התוצאה המקווה, כמו גם ספיגה חלקית או אפילו מוחלטת של השומן המוזרק.

ידוע לי שעלולים להופיע גם סיבוכים כגון גושים תת עוריים, אסימטריה, זיהום מקומי, פגיעה בכלי דם קטנים, פגיעה עצבית, צלקות במקומות ההזרקה והשאיבה, סיבוכים דומים עלולים להיות גם באזור התורם.

היות ולא ניתן לנבא בברור את כמות השומן שתיוותר במקום, ולא את משך הזמן של היוותרותו במקום, גם אחרי שנקלט בנפח הרצוי, הרי שאם יהיה צורך בפעולה דומה נוספת, או תוספת של חומרים אחרים, כל אלה יהיו כרוכים בעלות נוספת.

הוסבר לי שהניתוח מבוצע בהרדמה מקומית בלבד או בתוספת הרדמה כללית או הרגעה עמוקה. הוסברו לי הסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תופעות אלרגיות ואחרות. הסבר על ההרדמה הכללית או ההרגעה העמוקה יינתן לי על ידי רופא מרדים.

אני נותן/נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/מבינה שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת המנתח יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.



אני מסכים/מסכימה לצילום תמונות לפני ואחרי הטפול לצרכים מדעיים (כמו פרסום מאמרים או הצגה בכנסים מקצועיים), תיעוד ומעקב.

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 מתחייב/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/אפוטרופוס ביום קבלת הטופס לראשונה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

חתימת המטופל/אפוטרופוס בפעם השנייה:

_____ תאריך: _____ שעה: _____

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

_____ תאריך: _____ שעה: _____

_____ חותמת וחתימה