

## הסכמה לטיפול בנימים בלייזר ו/או מכשיר IPL

מטרת הטיפול לטשטש את מראה הנימים הנמצאים בשכבה השטחית של העור באופן מבוקר. הטיפול גורם לספיגה הדרגתית של חלק מכלי הדם בחלק השטחי של העור אולם לא מתקן את ההפרעה הבסיסית בזרימת הדם הורידית או העורקית שגרמה להופעת הנימים. הטיפול מבוצע בדרך כלל בממוצע 5 עד 10 פעמים עד להשגת תוצאה מספקת. הטיפול נעשה בהרדמה מקומית ולעיתים, בתוספת חומרי הרגעה.

המטופל - שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' מאיר כהן על:

טיפול באזור \_\_\_\_\_ (להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי לאחר הטיפול העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, נפיחות בעפעפיים; יובש בלחמית או דמעת; שטפי דם תת עוריים, אודם בעיניים ותחושת גרד בעור. הוסבר לי כי בדרך כלל האזור המטופל יהיה אדום ויתכנו שלפוחיות וכיבים עם הפרשה במשך כעשרה ימים ולאחר מכן המקום יחלים בהדרגה, הצבע האדום יטשטש בהדרגה במשך מספר שבועות עד שנה.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום חיידקי או וירלי (הרפס), רגישות יתר למשחות (אלרגיה), הופעת ציסטות באזור בלוטות החלב, צלקות, שקעים, עודף צבע (פגמנטציה) או חסר צבע באזורים המטופלים והחמרה בגודל הנימים. הוסבר לי כי במהלך שישה שבועות לאחר הטיפול עלי להמנע מגירוד או משיזוף של האזור המטופל.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ותגובות אפשריות לתרופות הרגעה שעלולות, לעיתים נדירות, לגרום להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חולי לב וחולי מערכת הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית.

אני מסכימ/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לדר' מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת לדר' כהן להשתמש בצילומים לצרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגיטלית תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מדע לא מדויק וכי לא נתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל במסירות בסיבוך או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוך או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, הובהר לי כי דר' כהן לא יכסה שום נזק כספי ו/או נזק אחר שיגרם לי בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז במתקן רפואי ו/או כל נזק ישיר או עקיף אחר שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

חתימת המטופל \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

חתימת אפוטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

קרבת האפוטרופוס: אב/אם/מונה על ידי בית המשפט/אחר\* \_\_\_\_\_

(אפוטרופוס ישים במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש).

אני מאשר כי הסברתי לחולה/אפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפרוט הדרוש כי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

דר' מאיר כהן מ.ר. 25464 חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

מחקי את המיותר והקפי/ בעיגול את המתוכנן.