

**הסכמה לניתוח מתייחת בטן מלאה**

מטרת הניתוח להסיר עור ורकמת שומן מהבטן התחתונה. הניתוח אינו מסלק סמיי מתייחה בעור הבطن אך יכול לשפר את המראה שלהם. הניתוח מבוצע בדרך כלל בהרדמה מקומית בתוספת חומר הרגעה ו/או אзорית ו/או כללית.

המטופל – שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי הסבר מלא בעל פה מדר' מאיר כהן על: \_\_\_\_\_ ניתוח מתייחת בטן הכלול ניתוק של הטבור. (להלן: "הנition העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלואה לאחר הנition העיקרי לרבות: כאב, אי-נוחות, נפיחות, שטפי דם והצטברות נחלים. ידוע לי כי הנition מחייב צלקת בבטן תחתונה, צלקת סביב הטבור ובונוסף צלקת (פרט). ידוע לי כי צלקות אילו לא נעלמות, הן איןין ישרות והן נראות לעין. ידוע לי כי מתייחת הבطن תלולה במשיכת של אзорابر המין כלפי מעלה ומשיכה של הטבור כלפימטה.

כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: זיהום, פתיחת התפרים הופעת ציסודות באוזור התפרים, צלקות בולטות, כאב כרוני באוזור המנותח, חוסר תחושה, אסימטריה בין שני צידי הבطن, ובמקרים נדירים דימום שיצירק ניתוח דחוף. הוסבר לי כי לאחר הנition תהיה האבלת בישור של הבطن למשך מספר שבועות. ידוע לי כי כדי לקבל תוצאה טובה עלי' להשלים טיפול ניקוז למפטים לפיה הניחיותיו של דר' מאיר כהן. ידוע לי כי ללא טיפולים אילו לא תתקבל תוצאה טובה.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הנition העיקרי.

הסכמה ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומר הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכון והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הhardema ותגובה אפשרית לתרופות הרגעה שעולות, לעיתים נדירות, כמו כן, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב בעיקר אצל חוליות וחוליות מערכת הנשימה. כמו כן, הוסבירה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או סקולרי בהרדמה אזורית. במידה ויהיה צורך בהרדמה כללית אקבל הסבר בנפרד מרופא מרדים.

אני מסכימה/ה לצילום תМОנות לפני ואחרי הטיפול ומאשר/ת לדר' מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערצת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת לדר' כהן להשתמש בצלומים לצרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגיטלי תוך הסתרה של פרטים מסוימים.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מודיעק וכי לא ניתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל במסירות בסיבור או תוצאה לא רצiosa. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי מסוים סוג במידה ויהיו סיבור או תוצאה לא רצiosa 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 במתבן רפואי ו/או כל נזק ישיר או עקיף אחר.

שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו עברו.

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

קרבת האופטורופס: אב/אם/mono על ידי בית המשפט/אחר\*

(אופטורופס ישתמש במקרה של קטין, פסול דין או חוליה נפש).

אני מאשר כי הסברתי לחולה/אופטורופס של החולה\* את כל האמור לעיל בפרט הדרוש כי הוא/ היא חתום על הסכמה בפני אחר שוכחני כי הבין את הסבירי במלואם.

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

\*מחק/י את המיותר והקfy בעיגול את המתוכנן.