

הסכמה לניתוח הקטנת חזה בגבר (גניקומסטיה)

ניתוח להקטנת חזה בגבר הינו ניתוח קוסמטי. הניתוח מבוצע דרך חתך בעטרה וכולל הסרה של עודפי עור ושומן. הניתוח מבוצע בהרדמה מקומית עם טשטוש או כללית ולעיתים משולב עם שאיבת שומן.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם האב _____ ת.ז. _____ .

אני מצהיר ומאשר בזאת כי קיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר מאיר כהן על ניתוח להקטנת שד ימין/שד שמאל/שני השדיים) . *להלן: "הניתוח העיקרי". בניתוח תעשה / לא תעשה גם שאיבת שומן. *

הוסבר לי התוצאות המקוות ומגבלות יכולת הקטנת השדיים.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי תופעות הלוואי שלאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, הזדקרות קבועה של הפטמות, שקיעה קבועה של הפטמות, ושינויים בתחושה בפטמות. הוסבר לי שבכל מקרה תותרנה צלקות באזור החתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תפתחנה צלקות כהות ו/או קלואידיות.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, פתיחת התפרים, חוסר תחושה, עודף תחושה, ואסימטריה בין שני צידי החזה. כמו כן הובהר לי שניתוח באזור החזה פוגם ביכולת האבחון והזיהוי של גידולים בבדיקות השד.

הוסבר לי כי הניתוח לא עוצר את תהליכי ההתבלות הטבעית של הגוף וכי הניתוח לא עוצר את תהליך הצניחה הטבעי של הרקמות. ידוע לי כי צורת החזה עלולה להשתנות במידה ומשקל גופי יגדל או יקטן. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח 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. במדה ויהיה צורך בהרדמה כללית אקבל הסבר בנפרד מרופא מרדים.

אני מסכים לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול ומאשרת לד"ר מאיר כהן להשתמש בתמונות אלו לשם הערכת הטיפול. כמו כן אני מאשר/ת לד"ר כהן להשתמש בצילומים לצרכי הדרכה במדיה מודפסת או דיגטלית תוך הסתרה של פרטים מזהים.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מדע לא מדויק וכי לא ניתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. דר' כהן מתחייב לטפל במסירות בסיבוכי או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיבוכי 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 אפוסטרופוס _____ תאריך _____ שעה _____

קרבת האפוסטרופוס: אב/אם/מונה על ידי בית המשפט/אחר* _____

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

אני מאשר כי הסברתי לחולה/אפוסטרופוס 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 והקף/י בעיגול את המתוכנן.