



טופס הסכמה לניתוח / פעולה רפואית

מדבקת פרטים גדולה

שם החולה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת"ז _____

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח / פעולה רפואית _____
 לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.
 אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח / הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן-"הטיפול הרפואי") בבית החולים.

הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך "הטיפול הרפואי" יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים ופעולות פולשניות נוספות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך "הטיפול הרפואי".

הסכמתי ניתנת, כמו כן, להרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

אני יודעת ומסכים/ה לכך ש"הטיפול הרפואי" וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוטרופוס _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של קטין, פסול דין, או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל-פה לחולה / לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

חותמת הרופא _____ חתימת הרופא _____

*מחק את המיותר

איכות בשירות - המרשם לבריאות