



## הסכמה לביצוע מילה רפואית/כריתת ערלה Circumcision

ברית מילה / כריתת הערלה (מתבצעת לרוב מסיבות דתיות, מסורתיות ו/או חברתיות). לעיתים מתעורר הצורך בכריתת הערלה עקב דלקת של הערלה שעלולה לגרום להפרעות במתן השתן. הוסבר לי כי ברית מילה ניתנת לביצוע על ידי מוהל.

שם החולה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_

על ביצוע ברית מילה כירורגית להלן: ("הניתוח העיקרי"). אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, פגיעה בראש איבר המין, זיהום ותסביב של הפין. אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי. הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית או אזורית (penile block), במידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתו של הרופא לאחר שהוסברו לי הסיבוכים האפשריים של הרדמה מקומית, לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח העיקרי בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים. אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח העיקרי וכל ההליכים האחרים יעשו 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 וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא /ה \_\_\_\_\_



הרצליה  
מדיקל  
סנטר

-2-

X	שעה	תאריך
חתימה		
חתימת האפוטרופוס ( במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש )	קרבת האפוטרופוס	שם האפוטרופוס

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוטרופוס של המטופל \*את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.  
הערת הסכמה:

1. תמצית ההסבר שניתן למטופל \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 הערות: \_\_\_\_\_
2. מקום שיחת ההסכמה: \_\_\_\_\_
3. נוכחים בשיחה: \_\_\_\_\_

מס' רישיון	חתימה וחותמת הרופא/ה	שם הרופא/ה
------------	----------------------	------------

\*מחקי את המיותר