

טופס הסכמה לפעולה רפואית

שם החולה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	גיל
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה	גיל
מס' ת.ז/דרכון	מען	טלפון		

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר _____

על הצורך בביצוע פעולה רפואית

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים בכל אחת מהליכים אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכל, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הפעולה כאמור לעיל בבית החולים (להלן – הפעולה העיקרית).

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הפעולה העיקרית יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשנותה, או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במשך הפעולה העיקרית.

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

(נא לציין פרטים ואם אין נא לציין "אין")

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהפעולה וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית חולים, וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה

שם הרופא	תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם הרופא	תאריך	שעה	חתימת המטופל
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	פסול דין, קטין או חולה נפש)	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/מה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא חתימה וחותמת	מספר רישיון
-----------------------	-------------

* מחקי את המיותר