

מקום למדבקה

טופס סירוב אפוטרופוס לקבלת דם ומוצריו

לכבוד
הנהלת בית החולים
הרצליה מדיקל סנטר

אני / אנו הח"מ _____

מס' ת.ז. _____ מס' ת.ז. _____

הוריו / אפוטרופסיו של _____

מצהיר/ים בזאת כי אני/ומסרבים מתן עירוי דם ומוצריו ל: _____
על פי רצוני/נו והחלטתי/נו בלבד, ובניגוד ועל אף הייעוץ וההסברים שקיבלתי/נו מאת הרופאים
המטפלים בו ודרישותיהם שלא לעשות כן.

ביודעי/נו את מצב בריאות החולה ולאחר שהוסברו לנו הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי
כנ"ל, הריני/נו משחרר/ים את בית החולים וכל רופא או עובד אחר מאחריות כלשהי לאיזו שהן
תוצאות העלולות להיגרם עקב אי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, ואין לי / לנו ולא תהיינה לי / לנו כלפי
בית החולים וכל רופא או עובד אחר מעובדיהם, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם הנ"ל.
האמור במכתב זה מחייב אותי / אותנו וכל מי שיבוא במקומי / במקומנו.

_____ חתימה

_____ חתימה

אני הח"מ _____

מאשר בזה כי מר/גב' _____ ת.ז. _____

ומר / גב' _____ ת.ז. _____

אפוטרופסיו של המטופל _____

חתם/ה בפני על מסמך זה מרצונו/ה החופשי ולמיטב התרשמותי, בהיותו/ה בדעה צלולה, בריאה/
בנפשונה ומודעת/ת למעשיו/ה ולאחר שהוסברו לו/ה הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי
הנ"ל.

_____ חתימת הרופא (עד)

_____ תאריך