



מקום למדבקה

טופס סירוב מטופל לקבלת דם ומוצריו

לכבוד
הנהלת בית החולים
הרצליה מדיקל סנטר

אני הח"מ _____

מס' ת.ז. _____

מצהיר/ה בזאת כי אני מסרב/ת לקבל עירוני דם ומוצריו לפי רצוני והחלטתי בלבד, ובניגוד ועל אף הייעוץ וההסברים שקיבלתי מאת הרופאים המטפלים בי ודרישותיהם שלא לעשות כן.

ביודעי את מצב בריאותי ולאחר שהוסברו לי הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, הריני משחרר/ת את בית החולים וכל רופא או עובד אחר מאחריות כלשהי לאיזו שהן תוצאות העלולות להיגרם עקב אי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, ואין לי ולא תהיינה לי כלפי בית החולים וכל רופא או עובד אחר מעובדיהם, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם הנ"ל.

האמור במכתב זה מחייב אותי וכל מי שיבוא במקומי.

_____ חתימה

אני הח"מ _____

מאשר בזה כי המטופל מר/גב' _____ ת.ז. _____

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

_____ חתימת הרופא (עד)

_____ תאריך