

Имя опекуна (род отношений с пациентом)
или психически неполноценных пациентов)

Подпись опекуна (для недееспособных, несовершеннолетних

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

Имя лечащего врача

Подпись лечащего врача

лицензия №

* Ненужное вычеркнуть

Медицинская Ассоциация Израиля

Medical Risk Management Company Ltd.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

