



## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2004 ספטמבר/OSURG/9623/4950/0200

אני נותן את הסכמי על הרחבת היקף ושינוי אופי הטיפול העיקרי, שגם כן ונא על ביצוע אחרים או נוספים, כולל ניתוחים, אשר יהיו בהתאמה עם המלצות מקצועיות של רופאי המוסד הבריאותי יהיו חיוניים או נחוצים בתהליך הטיפול העיקרי.

אני יודע, שהטיפול העיקרי יבוצע תחת אנושתי ריגיונרית או תחת אנושתי כללית ושההסברים המתאימים אני מקבל מרופא-אנושתי.

אני מסכים/ת על כך, שהטיפול העיקרי יבוצע תחת אנושתי מקומית במקרה, אם יתקבל החלטת מתאימה, תוך שהינני מודע לסיכונים האפשריים של אנושתי מקומית, כולל תגובת אלרגית של שכיחות שונים של חומרת התגובה לאנושתיים. כולל תגובת אלרגית של שכיחות שונים של חומרת התגובה לאנושתיים.

אני יודע ונני נותן את הסכמי על כך, שהניתוח והפעולות האחרות יהיו בוצעו על ידי אנשי, עליהם מוטלת אחריות זו בהתאמה עם הכללים וההוראות של המוסד הבריאותי, תחת אחריותו ובהתאמה עם החוק. בנסיבות אלו לא נאמר לי, שהפעולות המוזכרות יבוצעו על ידי אנשים מסוימים או חלקית יבוצעו על ידי אנשים מסוימים \*\*

שם הרופא  
פאמיליא רופא

חתימת החולה  
תחתית הוליה

שעה  
חא

תאריך  
דאטא

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)  
תחתית אפוקונו (במקרה, אם החולה אינו מסוגל, נשגור או נשגור)

שם אפוטרופוס (קירבה)  
פאמיליא אפוקונו  
(שכיחות רודטו)  
דושהנובוליה

אני מודיע, שהסברתי/ת לרופא/ת אפוקונו חולה \* כל מה שצוין לעיל ושהחומר הנדרש מספיק מפורט, וכי הן/היא חתמו/ת על הנייר הנשגור הזה בעצמתי או תחת אנושתי שלי, כפי שהינני מודע, שההסברים שלי מובנים במלואם.

מס' רישיון  
נומבר ליסנציה

חתימת הרופא/ה  
תחתית רופא

שם הרופא/ה  
פאמיליא רופא

\* מיותר מוחדר \* \*\* מלא בנסיבות הטיפול הפרטי



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד הכירורגים בישראל  
והחברה הישראלית לכירורגיה של  
הקולון הרקטום