



## ברית בשטח ביה"ח

לכבוד

המרכז הרפואי "הלל-יפה", חדרה

א.ג.נ.,

אנו הח"מ \_\_\_\_\_ (שם פרטי + משפחה של האם), ת.ז. \_\_\_\_\_,  
ו- \_\_\_\_\_ (שם פרטי + משפחה של האב), ת.ז. \_\_\_\_\_  
הגרים בכתובת \_\_\_\_\_ מסכימים ומתחייבים ביחד ולחוד,  
כדלקמן:

א. אנו הוריו ואפוטרופסיו הטבעיים של התינוק \_\_\_\_\_ (שם פרטי ומשפחה),  
ת.ז. \_\_\_\_\_ המאושפז במחלקה \_\_\_\_\_ בביה"ח.

ב. לאחר שפנינו על דעת עצמנו למוהל \_\_\_\_\_ (שם מלא של המוהל) וללא כל קשר  
למשרד הבריאות ו/או לביה"ח ו/או לטיפול, שתינוקנו מקבל במסגרת אשפוזו ולאחר  
שהמוהל הנ"ל קבע, כי התינוק כשיר לעבור ברית מילה, החלטנו עפ"י שיקול דעתנו  
הבלעדי לבצע בתינוקנו ברית מילה.

ג. הוסבר לנו ע"י משרד הבריאות ו/או ביה"ח, כי ביה"ח אינו מבצע בריתות וכן כי ברית  
המילה הינה מחוץ לגדר הטיפולים הרפואיים ו/או השירותים הרפואיים להם זכאים  
תושבי ישראל עפ"י חוק.

ד. הננו מצהירים, כי החלטנו לבצע בתינוק ברית מילה בתוך תחום ביה"ח לאחר קבלת  
הסבר רפואי בדבר סיכונים ו/או סיבוכים אפשריים, הכל מתוך ידיעה והסכמה, כי אין  
בכך כדי להטיל אחריות כלשהי על משרד הבריאות ו/או ביה"ח בקשר עם הברית ו/או  
אופן ביצועה.

ה. אנו מצהירים ומסכימים במפורש, כי בחירת המוהל/ים אשר אישרו את קיום ברית  
המילה בתינוקנו ו/או אשר יבצע/ו את ברית המילה נעשתה על ידינו בלבד, ללא כל קשר  
עם משרד הבריאות ו/או עם ביה"ח וכי האחריות הבלעדית לקיום הברית מוטלת עלינו  
ו/או על המוהל/ים אשר אישרו אותה ו/או יבצע/ו אותה.



1. אנו מסכימים במפורש, כי אין בהסכמת ביה"ח לאפשר לנו לבצע ברית מילה בתוך תחום ביה"ח ו/או המחלקה, בה התינוק מאושפז, כדי להטיל על משרד הבריאות ו/או ביה"ח אחריות כלשהי בקשר עם הברית, לרבות אופן ביצועה ו/או סיבוכים רפואיים אשר עלולים לנבוע מהברית, באשר אין לביה"ח כל קשר שהוא עם ביצוע ברית המילה בבננו.
2. אין ולא תהיה למשרד הבריאות ו/או לביה"ח כל אחריות רפואית או אחרת כלשהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל הקשור לברית המילה, לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור, לעצם החלטתנו ורצוננו לבצע את ברית המילה בתינוקנו במהלך התקופה בה הוא מאושפז / אמור להיות מאושפז ו/או לעצם ביצוע הברית ו/או לאופן ביצועה על ידי המוהל/ים עימם התקשרנו ו/או נתקשר ו/או בקשר לסיבוכים רפואיים שיגרמו, אם יגרמו לתינוק ו/או לטיפולים הרפואיים להם יזדקק בכל זמן שהוא בקשר עם ברית המילה, וכי האחריות כולה מוטלת אך ורק עלינו ו/או על המוהל/ים ו/או על כל מי שיפעל מטעמנו.
3. הננו מצהירים, כי אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות ו/או טענות ו/או דרישות כלפי משרד הבריאות ו/או לביה"ח בכל הקשור במישרין ו/או בעקיפין לברית המילה וכי נפצה ו/או נשפה את כללית ו/או ביה"ח בגין כל הוצאה כספית שכללית ו/או ביה"ח יוציאו בקשר עם ברית המילה מכל סיבה שהיא.

חתימת האב

חתימת האם

תאריך

**חתימת עד:**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ נושא בתפקיד \_\_\_\_\_ מאשר/ת בזאת,  
כי כתב הסכמה וויתור זה נחתם בנוכחותי לאחר שהחותמים הנ"ל אישור בפני כי קראו  
והבינו את תוכנו.

חתימה

תאריך