



## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997/אפריל/ OONCO/TRT/CHM/0014

Я даю здесь свое согласие на проведение лечения.

Я знаю, и согласен/а с тем, что лечение, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения и мне не обещано, что они будут исполнены полностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой ответственностью и в рамках закона.

\_\_\_\_\_  
подпись пациента/ки  
חתימת החולה

\_\_\_\_\_  
время  
שעה

\_\_\_\_\_  
дата  
תאריך

\_\_\_\_\_  
имя опекуна (родство)

\_\_\_\_\_  
подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего,  
душевнобольного)

אפוסטרופוס

(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוסטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_  
מס' רשיון

\_\_\_\_\_  
חתימה

\_\_\_\_\_  
שם הרופא/ה  
\*מחק/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

החברה הישראלית לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה

האיגוד הישראלי להמטולוגיה ולעירוי דם

החברה הישראלית להמטולוגיה ולאונקולוגיה ילדים