

הסכמה לטופס לטיפול ואשפוז

טופס א'

לכבוד

הנהלת המרכז הרפואי

הלל יפה

א. אני (החולה) אני הח"מ : שם משפחה : שם פרטי :-----

ת.ז.----- מען :-----

ב. קרוב משפחה אפטרופוס : שם משפחה : שם פרטי :-----

ת.ז.----- מען :-----

הצהרה

לאחר שהועברו לי בשפה המובנת בנסיבות הרפואיות , לאפשרויות הטיפול הרפואי, תוצאות העלולות להיגרם מהטיפול הרפואי במוסדכם, ניתנת בזה הסכמה לטיפול הרפואי הדרוש.

כי כל רופא או בעל תפקיד אחר בבית החולים יגיש את הטיפול הרפואי והאחר שיידרש או שעובד בית החולים המטפל ימצא לנחוץ ולנכון ולמתאים לתת בתקופת הטיפול והאשפוז לנסיבות המחלה

תאריך:----- החולה:----- קרוב משפחה / אפטרופוס -----

נחתם בפני-----

תפקיד:----- שם :-----



המרכז הרפואי
הלל יפה

מומחים באנשים

השירות לבריאות הנפש

היחידה לפסיכיאטריה

טל. 04-6304711/2 | פקס. 04-6304718 | דוא"ל. osnata@hy.health.gov.il

<http://hy.health.gov.il>

המרכז הרפואי הלל יפה | ת.ד. 169, חדרה 38100