

הסכמה לטיפול בנזע חשמלי

הוסבר לי כי אני / כי החולה שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

סובל עתה ממצב נפשי המתבטא ב-

הוסבר לי כי במצב נפשי זה אני עשוי להיעזר ע"י טיפול או טיפול חוזר בנזע חשמלי.

הובהר לי כי טיפול זה נעשה במכשיר מתאים ע"י הצמדת מגעים מתכתיים לעור הראש והעברה של זרם חשמלי לזמן קצר.

הובהר לי כי, כל טיפול רפואי, אין טיפול זה משוחרר מסיבוכים וסיכונים אפשריים. לטיפול עלולות להיות תופעות לוואי כגון: כאבי ראש, כאבי שרירים, תחושת "טשטוש", הפרעות חולפות בזיכרון לטווח קצר. הטיפול נעשה בהרדמה כללית. תוך הרפית שרירים ועל כן הוא נורא עמו את הסיכונים המקובלים להרדמה כזו.

לאחר שהבנתי את כל האמור לעיל ולאחר שאופשר לי לשאול שאלות הבהרה ושאלותיי אלה נענו, אני מסכים לטיפול המוצע.

א. החולה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____

מען: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

ב. קרוב משפחה:

דרגת הקרבה _____

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____ מען: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

ג. הרופא מקבל ההסכמה

אני ד"ר שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' רישיון _____
מצהיר בזה כי הסברתי את כל האמור לעיל. לאחר שעניתי על כל שאלותיו וודאתי כי הבין את כל האמור לעיל לגבי הטיפול המוצע לרבות יתרונותיו, סיכונים וסיבוכיו, חתם הנ"ל על טופס ההסכמה בנוכחותי.



חתימת הרופא: _____

תאריך: _____