



טופס הסכמה: לטיפול בנזע חשמלי

הוסבר לי כי אני / כי המטופל:

שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
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 ושאלותי אלה נענו, אני מסכים לטיפול המוצע.

א. שם המטופל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
מען	תאריך	חתימה	
ב. קרוב משפחה: דרגת הקירבה: _____			

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
מען	תאריך	חתימה	
ג. הרופא מקבל ההסכמה: אני ד"ר: _____			

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
מצהיר בזה כי הסברתי את כל האמור לעיל. לאחר שעניתי על כל שאלותי ווידאתי כי הבין את כל האמור לעיל לגבי הטיפול המוצע לרבות יתרונותיו, סיכונים וסיבוכיו, חתם הנ"ל על טופס ההסכמה בנוכחותי.		