



## טופס הסכמה: לטיפול ואשפוז

טופס א'  
לכבוד  
הנהלת המרכז הרפואי  
הלל יפה

א. אני הח"מ:

שם המטופל: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז	מען
----------	---------	-----	-----

ב. קרוב משפחה אפטרופוס:

שם האפטרופוס: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ המטופל: \_\_\_\_\_ קרוב משפחה/אפטרופוס: \_\_\_\_\_

נחתם בפני: \_\_\_\_\_ תאריך ושעה: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_