



טופס הסכמה לניתוח

בדיקות

תאריך _____

לאחר שקיבلتني הסבר מפורט בעלפה מד"ר:

שם פרטי _____

שם המשפחה _____

על הצורך ביצוע ניתוח: _____

לרובות על התוצאות המוקוט, על הסיכוןם הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשרות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכון והסיכון הקרים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים המכילים בכך. אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל ב-**TLV רפואי** (להלן - הניתוח העיקרי).

הסביר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספת ניתן לצפותם בעת בדואות או במלואם, אך משמעותם הובירה לי. לפיכך אני מסכימים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכם ניתן, כמו כן לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית ואם ובמידה שייהי צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המתפלים, למעט _____ (נא לציין פרטים ואם אין - נא לציין "אין")

אני יודעת/ת ומסכימים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים יישו בידי, בכפוף לחוק, האחראי לניתוח והוא:

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליהם כל אחראיות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכימים לכך שميدע שמו עבור **TLV רפואי** (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתකבל אודוטי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שਮונעך לי (לרבות מידע רפואי, סיכון טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטם אישיים ופרטית התקשרות. אמצעי תשולם ועוד), ירשם ויישמר על ידי המרפאה במגורי המידע שלו, בהתאם להוראות החוק הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולים, תשנ"ז 1996 - (להלן: חוק זכויות החולים) וכן לצורך ובקשר עם מתן השירותים שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המתפל והגורם המבטיח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלתיפגע בעקבות האמור לעיל, פירשו ו/או הפרטו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דין מדינת ישראל.

בחתימתה אני נותן בזאת הסכמה מודעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולים. לביצוע הניתוח העיקרי כמפורט בטופס הסכמה זה וכן לכל הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים אשר יהיו דרושים או חיוניים במהלך הניתוח העיקרי כאמור לעיל.

תאריך _____
חתימת המתפל: _____
שם המתפל: _____
שעה _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לחולה/lapotropos של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/הה סכמה בפני לאחר שושכני עתי כי הבון/ה את הסברתי במלואם.

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולת נשף)
שם האפוטרופוס (קייבת)
שם הרופא:
שם רשות:
חתימת:
מספר:
כתובת: רחוב הרצל 15 תל-אביב, טל: 050-9807500 פקס: 077-9807534