

מדבקה

טופס בקשה להתקבל ל- medica

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת להתקבל ל-medica לשם ביצוע ניתוח/טיפול רפואי או נקיטה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים.

אני מבקש/ת שהרופאים, הסגל הסייעודי וכל צוות העובדים המועסקים על ידו או המוזמנים על ידו יבצעו את ההליכים הנחוצים ויתנו לי כל טיפול הדרוש, לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה.

אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/למטופל ב-medica, ואני מסכים/ה וידוע לי שהטיפולים/הניתוח ב-medica יתבצע בידי פרופי/ד"ר: _____ וכל מי שיוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים במרכז רפואי זה.

א. ידוע לי, שהמחיר שנקבע לעלות הפעולה אינו סופי ויתכנו שינויים / תוספות שונות אם:

1. משך הזמן של הפעולה יתמשך מעבר לזמן הנקבע.
2. ההתחייבות שקיבלתי מהמבטח אינה תואמת את הפעולה.
3. במידה ויהיה צורך בשינוי הניתוח והוספת פעולה נוספת ו/או היה צורך בתוספת אביזר או שתל שלא היה בתכנון והוכנס בשל צורך רפואי ועל פי בקשתו של המנתח שלי.
4. תוספת בדיקת מעבדה / פתולוגיה שלא הייתה מתוכננת מראש.
5. על פי רצוני בקשתי ו/או יהיה צורך רפואי באשפוז לילה ב-medica.

ב. לצורך כיסוי תוספת המחיר, אם תהיה, הריני מפקיד בידי medica מספר כרטיס אשראי/שיק ללא סכום והנני מסמיך את medica למלא את סכום התוספת כפי שתיקבע על ידי medica בהתאם למחירון medica.

היה ולא תחול תוספת למחיר, אזי medica יחזירו לי את השיק בעת שחרורי, לאחר השלמת הפעולה.

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול על medica כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.

ידוע לי כי ייתכן ומידע שמועבר ל-medica ע"י ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר לרבות מידע שנוצר או מופק ע"י medica בקשר עם הטיפול ו/או השירות שמוענק לי, יירשם ויישמר ע"י medica במאגרי מידע שלה, בהתאם לתנאי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981, מידע כאמור נדרש למטרת עמידה בהוראות כל דין לרבות הוראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתן לי ע"י medica, ויימסר ע"י medica לצדדים שלישיים אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

הנני מסכים/ה כי ימסר מסי' החדר במחלקה בה הנני מאושפז/ת לפונים שיגיעו למודיעין medica, או יבקשו את המידע טלפונית.

תאריך: _____ שעה: _____ חתימת המטופל/ת: _____

חתימת האפוטרופוס: _____ קירבת האפוטרופוס: _____
(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

**במידה ולמטופל יש אפוטרופוס (הוא לא קטין),
יש לצרף צילום תעודת זהות אפוטרופוס ואישור מבית המשפט**