



תאריך: _____

לכבוד
medica מרכזים רפואיים

הנדון: הסכמת הורה שאינו נוכח בבית החולים לטיפול בקטין (טיפול לא שגרתי)

בהתאם להוראות הדין, לרבות הוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, וחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, וכן בהתאם להוראות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 28/09 בנושא מיסוד הקשר בין הורים לבין מערכת הבריאות ביחס לילדים.

החתום מטה: _____, נושא ת.ז.: _____,
נותן/ת לכם בזאת את הסכמתו, באופן בלתי מותנה ובלתי חוזר, לביצוע ניתוח/פעולה מסוג: _____

בבני/בתי: _____, נושא ת.ז.: _____,
וזאת אם אינני נוכח/ת בבית החולים, וכל עוד ההורה השני נוכח בבית החולים עם בני/בתי, בשעת ביצוע הניתוח/הפעולה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי מסמך זה נחתם על ידי מרצוני החופשי ולאחר שניתנה לי האפשרות לשאול כל שאלה, וקיבלתי את מלוא המידע (ככל שדרשתי לקבל), על הניתוח/הפעולה המפורטים לעיל.

מצורף בזאת לכתב הסכמה זה צילום תעודת הזהות שלי.

בכבוד רב,

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

חתימה: _____