

ידוע לי, ומוסכם, כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך. אני מסכים לכך שמידע שמועבר ל-medica (להלן: "המרפאה") על ידי ו/או מתקבל אודותיי מכל מקור אחר, לרבות מידע שנוצר או מופק על ידי המרפאה בקשר עם הטיפול ו/או הניתוח ו/או השירות שמוענק לי (לרבות מידע רפואי, סיכומי טיפול וניתוח, תוצאות בדיקות דימות והדמיה. פרטים אישיים ופרטי התקשרות. אמצעי תשלום ועוד), ירשם וישמר על ידי המרפאה במאגרי המידע שלה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א - 1981 והתקנות שתוקנו מכוחו. מידע כאמור ישמש את המרפאה לצורך עמידה בהוראות כל דין. לרבות וראות חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 (להלן: חוק זכויות החולה") וכן לצורך ובקשר עם מתן השירות שניתנים לי ע"י המרפאה, ויימסר על ידי המרפאה לצדדים שלישיים (לרבות הרופא המטפל והגורם המבטח) אך ורק לשם המטרות הנ"ל בכפוף להוראות כל דין.

על טופס הסכמה זה ועל כל עניין הקשור והנוגע או הנובע ממנו, לרבות, מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, פירושו ו/או הפרתו ו/או תוקפו ו/או חוקיותו וכיו"ב יחולו דיני מדינת ישראל.

בחתימתי מטה אני נותן בזאת הסכמה מדעת, כמשמעותה בחוק זכויות החולה. 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 שעה חתימת האשה חתימת הבעל (במקרה שהאשה נשואה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה/סירוב (מחק/י את המיותר) בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____

סירוב לדילול (הפחתה) עוברים

אני/אנו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה על דילול עוברים ועל משמעות הותרת: _____ (צייני/י המספר בכתב ברור וקריא) העוברים שברחם לרבות הסיכונים להפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת הריון ולידת פגים.

הוסבר לי/לנו ואני/אנו מבינה/ים כי סיכוני הפגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואשפוז ממושך וכי בהריון מרובה עוברים, גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים.

אני/אנו מצהירה/ים בזאת על סירוב לדילול עוברים.

תאריך שעה חתימת האשה חתימת הבעל (במקרה שהאשה נשואה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה (מחק/י אם מיותר) כל האמור לעיל אודות דילול והותרת עוברים בפירוט הדרוש וכי היא /הוא חתמה/ו בפני על סירוב לאחר ששוכנעתי כי הבינה/נו את הסברי במלואם.

שם הרופא: _____ חתימה: _____ מס' רשיון: _____