



טופס הסכמה כללי לניתוח

**Общий
бланк согласия
на операцию**

**(в случае отсутствия
отдельного бланка)**

GENERAL CONSENT FORM FOR AN OPERATION

Имя пациента (שם המטופל/ת): _____
Фамилия / שם משפחה שם פרטי / Имя שם האב / Отчество .ג.ל / Номер уд. личности

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ר"ד) _____
שם משפחה / Фамилия שם פרטי / Имя

устным образом предоставил мне подробное объяснение о необходимости проведения операции (על הצורך בביצוע ניתוח): _____

включая ожидаемые результаты, приемлемые риски, возможные при данных обстоятельствах иные способы лечения; включая перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов, проверки и процедуры, связанные с каждым из этих процессов, и связанные с этим проверки и процедуры.

Я даю свое согласие на проведение операции в больнице, как описано выше (далее: основная операция).

Мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая операции, которые, по мнению врачей больницы, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Мое согласие дается также на проведение анестезии, как общей, так и местной, в случае если этом возникнет необходимость, в соответствии с оценкой

лечащих врачей, за исключением (למעט): _____

Мне известно, и я согласен/а с тем, что операция и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Примечания (הערות): _____

Я, нижеподписавшийся/аяся, знаю, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

_____ _____ _____
תאריך / Дата שעה / Время חתימת המטופל/ת / Подпись пациента

_____ _____
שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס של (המטופל/ת)*) приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____
שם הרופא/ה / Имя врача חתימה / Подпись מספר רישיון / Номер лицензии
*נחזק/י את המיותר / *Ненужное зачеркнуть