



основную операцию при общей анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная 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.

**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 неправопособного, 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	נומבר רישיון / Номер лицензии
------------------------	-----------------	-------------------------------

\*מחקי את המיותר (Ненужное зачеркнуть)