

## טופס הסכמה לניתוח

מדבקה

שם הניתוח: \_\_\_\_\_

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר/פרופ':

שם פרטי

שם המשפחה

על הצורך בביצוע ניתוח: \_\_\_\_\_

לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכויים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור לעיל ב-medica (להלן - הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות, שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוודאות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותם הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי medica יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית ואם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט \_\_\_\_\_

(נא לציין פרטים ואם אין - נא לציין "אין")

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי, בכפוף לחוק, האחראי לניתוח והוא:

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 דמיות 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.

בחתומתי 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.

חתימת המטופל: \_\_\_\_\_

שעה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

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

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

שם האפוטרופוס (קירבה)

מס' רשיון: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_