

טופס הסכמה ליעוץ תרופתי

פרטי המטופל

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז.: _____ כתובת: _____

אני מצהיר/ה כי הנני מאשר/ת בזאת לרוקח הקליני ד"ר רן ניסן, מ.ר. 3-94519 לבצע עבורי ייעוץ תרופתי יזום.

- הוסבר לי מהו הייעוץ התרופתי ומה מטרתו, לרבות על התוצאות המקוות, ועל הצורך במחויבותי לדבוק בהמלצות הייעוץ התרופתי לצורך הגדלת הסיכויים להצלחתו. הייעוץ התרופתי אינו בא להחליף היוועצות ברופא או טיפול רפואי ומהווה אך ורק נדבך נוסף בהיענות ובבחינת הטיפול התרופתי.

- הוסבר לי ואני מבין/ה שאין ערובה להצלחתו של הייעוץ התרופתי ולהשגתן בפועל של התוצאות המקוות במהלך הייעוץ התרופתי, בסיומו ו/או לאחריו.

- ברורה לי החשיבות של מסירת מידע מדויק ומקיף לגבי מצב בריאותי, הטיפול התרופתי אותו הנני מקבל/ת, לרבות תוספי תזונה וויטמינים, מוצרי טבע, מוצרים הומיאופתיים, טיפולים רפואיים משלימים ו/או כל מוצר אחר וכל מידע רפואי רלוונטי אחר.

- לצורך מתן הייעוץ אציג לרוקח את כלל התרופות ותוספי התזונה אותם אני נוטל באופן קבוע (כרוני) או על פי הצורך ובאופן מזדמן.

- ידוע לי כי במידת הצורך יפנה הרוקח המייעץ לרופא המטפל או למטפלים אחרים על מנת לקבל מידע נוסף או ליידע אותם בתוצאות הייעוץ.

- ידוע לי כי אין לערוך שינוי בטיפול התרופתי טרם היוועצות עם הרופא המטפל.

- כל המידע הנמסר לי במהלך הייעוץ, נכון ליום הייעוץ ובהתאם למידע שנמסר לרוקח על ידי.

- אני יודע/ת ומסכים/ה שהמידע אשר ימסר לרוקח במהלך הייעוץ ו/או המעקב, עשוי להאסף למסד נתונים כללי לצורכי הערכה. הוסבר לי שיתכן שבמידע ייעשה שימוש לצורכי מחקר אקדמי ו/או לצורך הערכת יעילות השירות הניתן ע"י ד"ר רן ניסן. הוסבר לי שהמידע יישמר בסודיות וכל דיווח או שימוש במידע יתבצע באופן שיבטיח שזהותי לא תיחשף.

_____ חתימת המטופל

_____ שעה

_____ תאריך

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

_____ שם האפוטרופוס (קירבה)

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

ד"ר רן ניסן, מ.ר. 3-94519
_____ חתימה

*מחקר/י את המיותר