

שם האדם: _____

כתובת العنوان: _____

חתימה התوقيع: _____

תאריך التاريخ: _____

אُمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على إجراء تخدير موضعيّ أو ناحي (penile block)، إذا كانت هناك حاجة إلى ذلك، وفقاً لاعتبارات الطبيب، بعد أن وُضّحت لي التعقيدات الممكنة المتعلقة بالتخدير الموضعيّ، بما في ذلك ردّ الفعل التحسّسيّ بدرجات متفاوتة لموادّ التخدير.

إذا تقرّر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير التخدير العامّ فسأتلقّي شرحاً عن التخدير من اختصاصيّ التخدير.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سِلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُجرىها كلّها أو أن يُجرى قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المتّبعة في المؤسسة، وبالخضوع إلى القانون.

التاريخ/ تاريخ

الساعة/ שעה

توقيع المُعالج / חתימת המטופל

إسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)

توقيع الوصيّ (في حالة فقد الأهليّة، قاصر، أو مريض نفسانيّ)/

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

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهيّاً للمُعالج/ للوصيّ على المُعالج* كلّ ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنّه وقّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه فهم شروحي كاملًا.

إسم الطّبيب/ שם הרופא/ה

توقيع الطّبيب/ חתימת הרופא/ה

رقم الرخصة/ מס' רישיון



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים