

סירוב הורה/ים / אפוטרופוס/ים של מטופל /בא כוח למתן טיפול רפואי למטופל

(עותק אחד יינתן להורה/ים או לאפוטרופוס/ים / בא כוח והשני יישמר ברשומה הרפואית)

לכבוד

הנהלת בית חולים _____

שירותי בריאות כללית

אני/ו הח"מ _____ מס' ת.ז. _____,

מס' ת.ז. _____,

הוריו/יה / אפוטרופסיו/סיה* / בא כוח* של _____ ת.ז. _____
(״המטופל״) מצהיר/ה/ים בזה, כי החלטנו להוציא מבית החולים שלכם את המטופל/ת/
/מסרב/ת/ים* כי יינתן למטופל טיפול רפואי _____
בניגוד לייעוץ ולהסברים שקיבלנו מאת הרופאים המטפלים בו/בה ודרישתם שלא לעשות כן.
ביודעינו את מצב בריאות המטופל/ת ואת הסיכונים הכרוכים ובאי קבלת הטיפול הרפואי כ״ל,
הריני/ו משחרר/ת/ים את שירותי בריאות כללית ו/או את בית החולים ו/או כל רופא ועובד אחר
ו/או מי מטעמם מאחריות כלשהי לתוצאות העלולות להיגרם עקב סירובינו למתן הטיפול
הרפואי למטופל כ״ל ואין לי/לנו ולא תהיינה לי/לנו כלפי שירותי בריאות כללית ו/או בית
החולים ו/או כל רופא או עובד אחר מעובדיהם ו/או מי מטעמם, שום טענות או תביעות
מסוג כלשהו בקשר עם הנ״ל.

האמור לעיל מחייב אותי/אותנו וכל מי שיבוא במקומי/במקומנו.

תאריך חתימת אפוטרופוס* הורה/**בא כוח* חתימת אפוטרופוס*/הורה/**בא כוח*

אני הח"מ, _____ תפקיד _____ מאשר/ת בזאת, כי
האפוטרופוס/ים*/ההורה **/בא כוח* _____ שהזדהה/תה/ו
עפ״י ת.ז. מס' _____ ומס' _____ (בהתאמה) או תעודה מזהה מס' * -
_____ ומס' _____ חתם/ה/ו בפני על מסמך זה לאחר שהוסברו לו/ה/הם על
ידי הסיכונים הכרוכים למטופל באי קבלת הטיפול הרפואי הנ״ל.

_____ חתימת רופא וחותמת

_____ תאריך

* מחק את המיותר או השלם, לפי העניין

** יש לעשות כל מאמץ להשיג את חתימת שני ההורים