

מדבקה	שם משפחה	שם פרטי	מס' הזהות
	כתובת החולה	תאריך לידה	מספר טלפון
	שם האפוסטרופוס	כתובת האפוסטרופוס	מספר טלפון

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבלני/לקבל את החולה*, לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים.

- ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.
- אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה* לכך שבהערכה ובטיפול ייטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.
- אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות החולה*, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/לחולה*, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בהווה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.
- א. אני מוותר/ת / לא מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות החולה, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה בעל פה לרבות טלפונית*
 ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד*
 א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____
- אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את החולה* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל/חולה.
- כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ישהה החולה בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/להוציא את החולה להעבירו לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.
- למי שאינו/אינה מבוטח/ת בשירותי בריאות כללית – אם קופת החולים בה אני/החולה מבוטח/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/באשפוז החולה, לפי קביעת רופאיכם, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.
- אני מאשר/ת לא מאשר/ת* לשירותי בריאות כללית לשלוח אליי, באמצעים מקוונים (דואר אלקטרוני, מסרים מיידיים, SMS, הודעות טלפוניות) הודעות הקשורות בטיפול הרפואי שלי.
- הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

שעה _____ חתימת החולה _____

אישור אפוסטרופוס

שם _____ קרבה _____ חתימה _____ (אם המטופל קטין או פסול דין)

* מחק/י את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות – יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.

בסעיף 4 – החולה/אפוסטרופוסו, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותיו יימסר לגורמים שיקבעו.