

טופס סירוב אפוטרופוס לקבלת דם ומוצריו

מדבקה גדולה

לכבוד
הנהלת בית החולים _____
אנו הח"מ _____
מס' ת.ז. _____
מס' ת.ז. _____
הוריו / אפוטרופסיו של _____

מצהיר(ים) בזאת כי אני(נו) מסרבים מתן עירוי דם ומוצריו ל: _____ על פי רצוני(נו) והחלטתי(נו) בלבד, ובניגוד ועל אף הייעוץ וההסברים שקיבלתי(נו) מאת הרופאים המטפלים בו ודרישותיהם שלא לעשות כן.

ביודעי(נו) את סצב בריאות החולה ולאחר שהוסברו לנו הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, הריני(נו) משחרר(ים) את בית החולים וכל רופא או עובד אחר מאחריות כלשהי לאיוו שהן תוצאות העלולות להיגרם עקב אי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, ואיך לינלנו) ולא תהיינה לינלנו) כלפי בית החולים וכל רופא או עובד אחר מעובדיהם, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם הנ"ל.

האמור במכתב זה מחייב אותי (אותנו) וכל מי שיבוא במקומי (במקומנו).

_____ חתימה
_____ חתימה

אני הח"מ _____ מאשר בזה, כי מר/גבי _____ הנושא/ת שם תפקיד _____

ת.ז מס' _____ ומר/גבי _____ הנושא/ת ת.ז מס' _____ אפוטרופסיו של המטופל _____

חתם/ה בפני על מסמך זה מרצוני/ה החופשי ולמיטב התרשמותי, בהיות/ה בדעה צלולה, בריא/ה בנפשו/ה ומודעת/ת למעשי/ה ולאחר שהוסברו ל/ה הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי הנ"ל.

_____ חתימת העד (רופא)

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

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

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

מס' רשיון _____

שם הרופא וחתימה _____