

## טופס סרוב מטופל לקבלת דם ומוצרי

לכבוד הנהלת בית חולים סורוקה

מדבקה

אני הח"מ \_\_\_\_\_

מס. ת.ז. \_\_\_\_\_

מצהירה בזאת כי אני מסרבת לקבל עירווי דם ומוצרי לפי רצוני והחלטתי בלבד, ובניגוד ועל אף הייעוץ וההסברים שקיבלתי מאת הרופאים המטפלים בי ודרישותיהם שלא לעשות כן.

ביודעי את מצב בריאותי ולאחר שהוסברו לי הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, הריני משחררת את בית החולים וכל רופא או עובד אחר מאחריות כלשהי לאיזו שהן תוצאות העלולות להיגרם עקב אי קבלת הטיפול הרפואי כנ"ל, ואין לי ולא תהיינה לי כלפי בית החולים וכל רופא או עובד אחר מעובדיהם, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם הנ"ל.

האמור במכתב זה מחייב אותי וכל מי שיבוא במקומי.

חתימה

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מאשר בזה, כי המטופל מר/גב' \_\_\_\_\_  
שם תפקיד

הנושאת ת.ז. מס' \_\_\_\_\_ חתמה בפני על מסמך זה מרצונה החופשי ולמיטב התרשמותי, בהיותה בדעה צלולה, בריאה בנפשוה ומודעת למעשיה ולאחר שהוסברו ל/ה הסיכונים הכרוכים באי קבלת הטיפול הרפואי הנ"ל

חתימת העד (רופא)

תאריך

**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 \_\_\_\_\_