

בקשה להתקבל לבית החולים

פרטי החולה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר הזהות
מען מגורי החולה	תאריך לידה	מספר טלפון	
מען מגורי האפוטרופוס		מספר טלפון	

- אני החתום מטה, מבקש/ת לקבל את החולה*, לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים.
- אני מבקש/ת שהרופאים, הסגל הטיעודי וכל צוות העובדים, בין המועסקים על-ידי בית החולים ובין המוזמנים על ידיו, יקבעו ויבצעו את ההליכים הנחוצים, יערכו בדיקות ויתנו לי לחולה* כל טיפול הדרוש לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה.
- אני מאשר/ת שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי/ לחולה* בבית החולים וכי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שדובר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסויים.

אישור אפוטרופוס
(אם המטופל קטין,
פסול דין או חולה נפש)
תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____
שם _____ קרבה _____ חתימה _____
* מחקי/ את המיותר

חלק ב'*

אל שירותי בריאות כללית

בית חולים _____

פרטי המטופל/חולה

שם המשפחה	שם פרטי	שם האב	מספר הזהות
מען מגורים			מספר טלפון

- אני החתום/ה מטה, מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה / אינני מסכים/ה (מחקי/ את המיותר) לכך שבהערכה ובטיפול יטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.
- שירותי בריאות כללית פועלת ע"פ כל דין, לרבות חוק זכויות החולה בנושא קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי.
- אני החתום/ה מטה, מוותר/ת על סודיות רפואית כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/ בריאות המטופל/ חולה, לצורך הטיפולים, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/ למטופל/ לחולה, במסגרת האשפוז בבית החולים. כן הנני נותן/נת 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 בקשר לעובדת היותי/ היות המטופל/ חולה, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרטים אלו בעל פה לרבות טלפונית.**
ב. ניתן למסור מידע רפואי לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד (מחקי/ את המיותר):
א. _____ ב. _____ ג. _____ ד. _____ ***
- אני מתחייב/ת לעזוב / להוציא את המטופל/ חולה מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/ במטופל/ חולה.
- למי שאינו/ אינה מבוססת/ת בשירותי בריאות כללית - אם קופת החולים בה אני/ המטופל/ חולה מבוססת/ת בה, לא תשלם מאיזו סיבה שהיא עבורה כל או חלק מההוצאות הקשורות באשפוזי/ באשפוז המטופל/ חולה, לפי קביעת רופאיכם, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.
- כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשהה/ ישהה המטופל/ חולה בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור בסעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזה יפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/ להוציא את המטופל/ חולה להעבירו לרשותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכל על חשבוני ועל אחריותי.
- 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 ידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

אישור אפוטרופוס
(אם המטופל קטין,
פסול דין או חולה נפש)
תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____
שם _____ קרבה _____ חתימה _____

* חתימה על חלק ב' של טופס זה אינה מהווה תנאי לקבלת המטופל/ חולה לאשפוז ו/או לקבלת הטיפולים הנחוצים לו.
** בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות - יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה. אי הקפה בעיגול תיחשב כמתן הסכמה לאמור בסעיפים אלה.
*** המתאשפז/ת/ אפוטרופוס, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע.