

הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול

לפי סעיף 4(א) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

1. אני,

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מספר זהות
----------	---------	--------	-----------

*העומד להתאשפז/ המאושפז ב"מרכז לבריאות הנפש" במרכז הרפואי מעיני הישועה, מצהיר בזה ומאשר בחתימתי כי אני מסכים להיות מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי, זאת לאחר שהוסברו לי, בשפה מובנת, הנסיבות הרפואיות לאשפוז, תנאי האשפוז ואפשרויות הטיפול.

אני מסכים שהרופאים, הסגל הסיעודי וכל צוות העובדים, הן המועסקים על ידי בי החולים והן המוזמנים על ידו, יקבעו ויבצעו את הבדיקות והטיפולים הנחוצים לי לפי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות.

אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שאעבור בבית החולים, וכיידוע לי ואני מסכים שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים. אני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

שם וחתימת המטופל/ אפוטרופוסו:

שם משפחה	שם פרטי	חתימה	תאריך
----------	---------	-------	-------

מ ע ן

2. שם וחתימה של מי שמביא את המטופל לאשפוז:

הריני מאשר בזה כי הסכמת המטופל לאשפוז ולקבלת טיפול נחתמה בנוכחותי.

שם משפחה	שם פרטי	קרבה	תאריך
----------	---------	------	-------

חתימה

מ ע ן

3. קטין:

שם האב	ת.ז.	חתימה
--------	------	-------

שם האם	ת.ז.	חתימה
--------	------	-------

4. הריני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני:

שם מלא	תפקיד	חתימה	תאריך
--------	-------	-------	-------

*מחק את המיותר
** הטופס פונה לזכר ונקבה