

תאריך _____

טופס הסכמה לקבלת הוראות טיפול תרופתי מרחוק

מדבקה

שם האישה: _____ ת.ז.: _____

שם בן הזוג: _____ ת.ז.: _____

הנני/ו נותנת/ים בזה את הסכמתי/נו לקבל באמצעות: הטלפון / דואר אלקטרוני את הוראות הטיפול כפי שיינתנו על ידי רופאי היחידה / רופא פרטי / אחות, בהתייחס לכל טיפולי הפריזון.

מספר טלפון / דואר אלקטרוני שבהם ניתן למסור את ההוראות הרפואיות, במקרה ולא אתקשר לבררן בעצמי הינם:

מספר טלפון: _____ מספר טלפון נוסף: _____

דואר אלקטרוני: _____

במידה ולא ניתן להשיג אותי/נו אבקש למסור את ההוראות ל:

שם מלא: _____ מספר טלפון: _____ קרבה: _____

תנאים נוספים שהנני/נו מבקשת/ים כדי להבטיח סודיות הינם (לדוגמא: קוד אישי):

חתימת האישה: _____

תאריך: _____

עד לחתימה:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____