

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2006 / OSURG/UROL/0640/0280 דצמבר

הסכמה לביצוע מילה רפואית/כריתת ערלה (כירורגית)

Circumcision

Согласие на проведение врачебного обрезания/удаления крайней плоти (хирургического)

Обрезание (удаление крайней плоти) производится в большинстве случаев по религиозным, традиционным и/или социальным показаниям.

Иногда возникает необходимость в обрезании крайней плоти из-за воспаления крайней плоти, которое может привести к нарушению мочеиспускания.

Мне объяснено, что обрезание может быть произведено мозлем.

Обрезание/хирургическое удаление крайней плоти производится обычно под местной или региональной (penile block, блокада полового члена) анестезией, и лишь изредка возникает необходимость в общем наркозе.

Данные больного

שם משפחה фамилия	שם פרטי имя	שם האב отчество	ת.ז. номер удостоверения личности
---------------------	----------------	--------------------	--------------------------------------

Настоящим заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора

שם פרטי имя	שם משפחה фамилия
----------------	---------------------

о выполнении хирургического удаления крайней плоти (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о желаемых результатах и побочных эффектах, которые можно ожидать после основной операции, включая боль и дискомфорт.

Я получил/а объяснения по поводу возможных риска и осложнений, включая: кровотечение, повреждение головки полового члена, инфекция и перегиб члена.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Я даю согласие также и на выполнение местной или региональной анестезии (penile block, блокада полового члена) в случае необходимости и в соответствии с соображениями лечащих врачей после того, что я получил/а объяснения в отношении возможного риска и осложнений местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на анестезирующее вещество.

Если будет принято решение о проведении основной операции под общим наркозом, то я получу объяснения о наркозе от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю согласие на то, что основная операция и все другие процедуры будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

חתימת החולה
подпись больного

שעה
час

תאריך
дата



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
подпись опекуна (в случае, если больной
недееспособен, несовершеннолетний или
душевнобольной)

שם אפוטרופוס (קירבה)
фамилия опекуна
(степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну
больного*, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась,
что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון
номер лицензии

חתימת הרופא/ה
подпись врача

שם הרופא/ה
фамилия врача

* Вычеркнуть лишнее



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים