



## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона, и ответственным за операцию будет\* \_\_\_\_\_.

שם הרופא/ה האחראית/ת על הניתוח

подпись пациента/ки חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
имя опекуна (родство) אפוטרופוס	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного) (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוטרופוס של החולה\*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רשיון

\*מלא/י במקרה של חולה פרטי  
\*\*מחק/י את המיותר



משרד הבריאות

הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לנפרולוגיה  
ויתר לחץ-דם

