



Consent Form for Surgery

Patient's name: _____
 Last name First name Father's name ID number

After receiving a detailed oral explanation from Dr. _____
 Last name First name

about the need to perform the surgery / medical procedure _____

and about the hoped-for results, the reasonable risks and the alternative treatment methods that are possible under the circumstances of the case, including the prospects of, and the risks involved in, each of these procedures and the tests and treatments they entail;

I hereby provide my consent for the surgery/medical procedure noted above (hereinafter "the medical treatment") at the Hospital.

It has been explained to me, and I understand, that there is a possibility that during "the medical treatment" it will become evident that it is necessary to expand its scope, modify it or perform other or additional procedures, including additional surgical procedures that cannot be foreseen at the present time with certainty or in full; but their implications have been made clear to me. Therefore, I also consent to such expansion, modification, or performance of other additional procedures, including additional surgical and invasive procedures, that the Hospital's physicians will consider crucial or necessary during "the medical treatment".

My consent is also provided to anesthesia, whether general or local, if and to the extent necessary, at the discretion of the attending physicians.

I am aware of, and agree to the fact, that "the medical treatment" and all of the other procedures will be performed by whoever will be assigned to do so, in accordance with the procedures and regulations of the Hospital; and that I have received no assurances that they will be performed, all or in part, by any specific person, provided they will be performed with the accepted degree of responsibility at the Hospital and in accordance with the law.

 Date Time Patient's signature

 Guardian's name Guardian's signature
(in the case of an individual who is incompetent, a minor, or mentally ill)

I confirm that I have orally explained all of the above, in the required detail, to the patient / to the patient's guardian, and that he/she signed this consent in my presence, after I was convinced that he/she understood my explanations in full.

 Physician's stamp Physician's signature

Wishing you the best of health
 The Emergency Room Team
 Office: 02-5678505



טופס הסכמה לניתוח

שם החולה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הצורך בביצוע ניתוח/פעולה רפואית _____

לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן בזה את הסכמתי לניתוח/הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן "הטיפול הרפואי") בבית החולים. הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך "הטיפול הרפואי" יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים נוספים, לרבות ניתוחים ופעולות פולשניות נוספות, שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך "הטיפול הרפואי".

הסכמתי ניתנת, כמו כן, להרדמה בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

אני יודע/ת ומסכים/מה לכך ש"הטיפול הרפואי" וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

שם האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש)
----------------	--

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חותמת הרופא	חתימת הרופא
-------------	-------------

