

בקשה להתקבל לבית חולים

פרטי המטופל

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מדבקה
פרייזלר	אברהם יעקב	00313243602	
כתובת המטופל	תאריך לידה	מספר טלפון	
אמרי חיים 21, כפר חב"ד	18/05/1995	0506789121	
שם האפטרופוס	כתובת האפטרופוס	מספר טלפון	

אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לקבל/ני לקבל את המטופל*, לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות, וגניטה בהליכים רפואיים נחוצים.

1. ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפול בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר/ה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם את חלקם בידי אדם מסוים.

2. אני מאשר/ת כי הוסבר לי כי בית החולים משמש להכשרת סטודנטים במקצועות הבריאות ואני מסכים/ה אינני מסכים/ה* לכך שבהערכה ובטיפול ייטלו חלק סטודנטים בפיקוח הצוות הרפואי המטפל.

3. אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי כלפי שירותי כללית, בית החולים, עובדיהם, כל מי שפועל מטעמם ו/או בשליחותם ו/או בהרשאתם, בכל הקשור למצב בריאותי/בריאות המטופל*, לצורך הטיפול, הבדיקות וההליכים שיינתנו לי/למטופל*, במסגרת האשפוז בבית חולים. כן הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי מראש לצוות הרפואי לקבל ו/או למסור לגורם רפואי מטפל בחוזה ו/או בעתיד, לצורך הטיפול בי, כל מידע הקשור למצב בריאותי.

4. א. אני מוותר/ת / אינני מוותר/ת על סודיות עובדת היותי/היות המטופל, מאושפז/ת בבית החולים ו/או במחלקה כלפי הפונים לבית החולים ומבקשים פרט זה על פה לרבות טלפונית*
ב. ניתן למסור מידע רפואי עדכני לקרובי משפחה מדרגה ראשונה ו/או לפונים שלהלן בלבד*
ג. _____
ד. _____

אני מתחייב/ת לעזוב/להוציא את המטופל* מבית החולים עם קבלת הודעתכם הראשונה על סיום הטיפול הרפואי בי/במטופל.

כן אני מתחייב/ת לשלם לכם לפי דרישתכם הראשונה עבור עלות כל יום אשפוז נוסף בו אשה/ישה המטופל בבית החולים לאחר קבלת הודעתכם כאמור סעיף 5 לעיל, ונותן/ת לכם בזאת ייפוי כוח מלא להוציאני מבית החולים ולהעבירני למוסד אחר או למען מגורי המפורט לעיל/להוציא את המטופל להעבירו שותי או למוסד אחר, לפי הצורך, הכול על חשבוני ועל אחריותי.

למי שאינו/אינה מבוטח/ת בשירותי בריאות כללית - אם קופת החולים בה אני/המטופל מבוטח/ת בה, לא תשלם מסיבה כלשהיא עבור כל או חלק מההוצאות קשורות באשפוזי/באשפוז המטופל, לפי קביעת רופאיכם, אני מתחייב/ת לשלם בעצמי את המגיע לכם, לפי דרישתכם הראשונה.

אני מאשר/ת אינני מאשר/ת* לשירותי בריאות כללית לשלוח אליי, באמצעים מקוונים (דואר אלקטרוני, מסרים מידיים, SMS, הודעות טלפוניות) הודעות שורות בטיפול הרפואי שלי.

הובהר לי וידוע לי, כי אינכם אחראים בכל צורה שהיא לכספים ו/או לכל דברי ערך אשר לא הופקדו בכספת משרדכם.

שעה _____ חתימת המטופל _____
שם _____ קרבה _____ חתימה _____

ד"ר אפטרופוס
המטופל קטין או פסול דין

חוקי את המיותר. בכל מקום בו מופיעות שתי אפשרויות - יש להקיף בעיגול את האפשרות הרצויה.
סעיף 4 - המטופל / אפטרופוס, רשאי/ת שלא להסכים לוותר על סודיות בקשר למידע/להסכים כי מידע אודותיו.
מסר לגורמים שיקבע.

עמוד 1 מתוך 1