

המרכז הרפואי הלל יאפיה
قسم الطب النفساني

نموذج موافقة لعلاج ومكوث

نموذج أ

لحضرة
إدارة المركز الطبي
הלל يافيه

أ. أنا (المريض)، الموقع أدناه: اسم العائلة: ----- الاسم الشخصي: -----

رقم الهوية: ----- العنوان: -----

ب. قريب العائلة \ الوصي: اسم العائلة: ----- الاسم الشخصي: -----

رقم الهوية: ----- العنوان: -----

تصريح

بعد اطلاعي بلغة مفهومة لي، على الظروف الطبية، امكانيات العلاج الطبي والنتائج المحتمل أن تحصل جراء العلاج الطبي في مؤسستكم، أعطي بهذا موافقتي على العلاج المطلوب.

وأعطي موافقتي أن كل طبيب أو صاحب منصب آخر في المستشفى يقدم لي العلاج الطبي المطلوب، أو كل من يعمل في المستشفى المعالج يجد من الصواب والمطلوب عمله خلال فترة علاجي ومكوثي بكل ما يتعلق بظروف مرضي.



التاريخ:-----المريض:-----قريب العائلة / الوصي -----

تم التوقيع أمام-----

منصب:-----الاسم:-----

