

## הסכמה לביצוע היפנוט למטרת אבחון או/ו טיפול רפואי

אני החתומה/מטה \_\_\_\_\_ מאשר/ת בזאת שד"ר \_\_\_\_\_, רופאה בעלת רשיון לעסוק ברפואה מס' \_\_\_\_\_, בעלת רשיון לעסוק בהיפנוזה מס' \_\_\_\_\_ הסבירה לי את מהות התהליך ההיפנוטי והשלכותיו האפשריות.

הנני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לעבור תהליך של היפנוט למטרה של אבחון או/ו טיפול רפואי.

\_\_\_\_\_ ת.ז.

שם \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ חתימה