



הסכמה לקבלת טיפול בנזעי חשמל

1) הסכמתם של החולה/המשפחה/אפוטרופוס לטיפול בנזעי חשמל

א.אני, _____

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

מען

ב. (קרוב משפחה או אפוטרופוס) _____

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
---------	----------	-----------

סוג הקרבה המשפחתית מען טלפון

מצהירים בזה לאחר שהוסבר לי/לנו בשפה המובנת לי/לנו המצב הרפואי של החולה והצורך בטיפול מיוחד הדרוש, בנזעי חשמל לרבות הצורך בהרדמה והתוצאות העלולות להיגרם כתוצאה והטיפול הרפואי המיוחד האמור. נותן בזה את הסכמתו/נו לטיפול/ים הרפואיים המיוחדים כאמור.

חתימת החולה	שם קרוב המשפחה	חתימתו שם הרופא המחתיים
תאריך	תאריך	מחלקה
תאריך	תאריך	תאריך

2) אישור על כשירותו הגופנית של החולה לקבלת טיפול בנזעי חשמל. אני הח"מ מאשר ומעיד על כך שבדקתי את החולה ועיינתי בתיקו הרפואי ולאחר בדיקת תוצאות של בדיקות המעבדה ובדיקות העזר, הגעתי למסקנה שאין קונטרה-אינדיקציה רפואית לקבל את הטיפול בנזעי חשמל.

תאריך	חתימת הרופא הפנימי	חותמת
-------	--------------------	-------

3) אישור על כשירותו הנירולוגית לקבלת טיפול בנזעי חשמל.

תאריך	חתימת רופא הנירולוג	חותמת
-------	---------------------	-------

4) אישורים רפואיים פסיכיאטריים. אנו החתומים מטה מאשרים ומעידים כי בדקנו את החולה או/ו עיינו בתיקו הרפואי והגענו למסקנה שהנ"ל זקוק לטיפול בנזעי חשמל.

מנהל המחלקה	מנהל יחידת E.C.T	מנהל בית החולים
תאריך	תאריך	תאריך

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

שם	תפקיד בבית חולים	חתימה	תאריך
----	------------------	-------	-------