



הסכמה לקבלת טיפול בנזעי חשמל

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

א.אני, _____ מספר זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

מען _____

ב.(קרוב משפחה או אפוסטרופוס) _____ מספר זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

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 _____

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
תאריך _____	חתימת רופא הניירולוג	חותמת _____

3) אישור על כשירותו הניירולוגית לקבלת טיפול בנזעי חשמל.

תאריך	חתימת רופא הניירולוג	חותמת
תאריך _____	חתימת רופא הניירולוג	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
_____	_____	_____	_____