

נספח רפואי

1. הנני מאשר כי הפרטים הנ"ל נכונים ומתחייב לעדכן את הצוות הרפואי בכל שינוי.

_____	_____
חתימת המתרפא	תאריך
_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם האפוטרופוס (קירבה)

2. הנני מאשר כי הוסברה לי תוכנית הטיפול, התוצאות המקוות, סיכונים וסיבוכים אפשריים ודרכי טיפול חלופיות.

_____	_____
חתימת המתרפא	תאריך
_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם האפוטרופוס (קירבה)