**תאריך:**\_\_\_\_\_\_\_\_

**לכבוד**

**מרכז רפואי מדיקה RMC**

א.ג.נ

**הנדון: הסכמת הורה שאינו נוכח בבית החולים לטיפול בקטין (טיפול לא שגרתי)**

בהתאם להוראות הדין, לרבות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, וחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב 1962, וכן בהתאם להוראות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 28/09 בנושא מיסוד הקשר בין הורים לבין מערכת הבריאות ביחס לילדים.

החתום מטה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, נושא ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

נותנ/ת לכם בזאת את הסכמתי, באופן בלתי מותנה ובלתי חוזר, לביצוע ניתוח/פעולה, מסוג:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בבני/בתי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, נושא/ת ת.ז:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

וזאת אף אם אינני נוכח/ת בבית החולים, וכל עוד ההורה השני נוכח בבית החולים עם בני/ביתי בשעת ביצוע הניתוח/הפעולה.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי מסמך זה נחתם על ידי מרצוני החופשי ולאחר שניתנה לי האפשרות לשאול כל שאלה, וקיבלתי את מלוא המידע (ככל שדרשתי לקבל), על הניתוח/פעולה המפורטים לעיל.

 בכבוד רב,

 שם פרטי ומשפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רופא מחתים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, חותמת וחתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.