

רוסית

Государство Израиль
Министерство здравоохранения

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

Форма

**"Права и обязанности лиц, госпитализируемых
в психиатрическом отделении"**

В соответствии с параграфом 35(6) закона "О предоставлении лечения душевнобольным" от 1991 г.

1. В целях госпитализации в психиатрическом отделении Вы пройдете общемедицинский осмотр, а также психическое и физическое обследование.
2. В рамках процедуры приема в больницу Вам сообщат общую информацию о больнице, а также дадут объяснение относительно Вашего состояния и необходимости в госпитализации. Кроме того, Вас проинформируют относительно Ваших прав и обязанностей.
3. Госпитализация осуществляется с Вашего согласия, за исключением следующих случаев, в которых основанием для нее служат:
 - а) указ суда;
 - б) распоряжение областного психиатра;
 - в) решение руководителя больницы о необходимости в госпитализации.
4. При поступлении в больницу Вы должны будете подписать форму согласия на лечение. Если госпитализация осуществляется по Вашему желанию, лечение будет предоставлено Вам только с Вашего согласия, за исключением случаев оказания срочной медицинской помощи. Согласие на лечение не включает специальные процедуры, на осуществление которых потребуется получить Ваше согласие в отдельном порядке. Если Вы откажетесь от лечения, руководитель будет вправе выписать Вас из больницы.
5. Пребывание в больнице продлится до тех пор, пока Ваше состояние не позволит Вас выписать. Если Вы поступили в больницу по собственному желанию, Вы вправе обратиться письменно к руководителю больницы с просьбой о выписке из больницы. В этом случае руководитель больницы должен выписать Вас в течение 48 часов с момента подачи просьбы, при условии, что в течение этого срока не поступит распоряжение о Вашей госпитализации, обусловленное состоянием Вашего здоровья.
6. Если Вас госпитализировали по распоряжению областного психиатра, Вы имеете право обжаловать это решение в областной психиатрической комиссии. Кассационное ходатайство может быть подано посредством руководителя больницы, областного психиатра или начальника Службы психического здоровья при Министерстве здравоохранения.
7. Если госпитализация осуществлена по судебному указу или по распоряжению областного психиатра, то лечение, в том числе специальные процедуры, будет осуществляться также и без Вашего согласия.

8. Перевод из учреждения, в котором Вы госпитализированы, в другую психиатрическую лечебницу, возможен только с Вашего согласия. Если Вы возражаете против перевода в другое учреждение, то перевод будет возможен только с распоряжения областного психиатра, а в особых случаях - с распоряжения начальника Службы психического здоровья при Министерстве здравоохранения.
9. Медицинское лечение является главной целью Вашей госпитализации. Вы имеете право получать лечение, уход, питание и лекарственную терапию в соответствии с Вашем общемедицинским, психическим и физическим состоянием, согласно условиям и правилам, принятым в израильской системе здравоохранения. Если Вы нуждаетесь материально, больница предоставит в Ваше распоряжение деньги на карманные расходы в соответствии с установленным порядком.
10. Вы вправе иметь при себе личные вещи в разумных рамках и носить свою одежду, в зависимости от Вашего состояния и согласно правилам, принятым в больнице.
11. Вы также имеете право поддерживать связь со знакомыми и близкими Вам людьми по телефону, отправлять им и получать от них запечатанную почту и принимать посетителей в установленное для посещений время. Оплата телефонных и почтовых расходов осуществляется за Ваш счет. За Вами сохраняется право отправлять запечатанные письма своему адвокату, опекуну, областному психиатру, в психиатрическую комиссию и юридическому советнику правительства даже в том случае, если состояние Вашего здоровья не позволяет Вам общаться с близкими людьми при помощи упомянутых выше средств связи.
12. Вы вправе свободно передвигаться по территории больницы, но если это невозможно ввиду состояния Вашего здоровья, то до наступления улучшения в Вашем состоянии лечащий врач вправе ограничить Вашу свободу во всем, что касается передвижения по территории больницы. Временные отпуска из больницы являются частью от программы лечения и предоставляются по решению медперсонала.
13. Любая информация, сообщенная Вами или о Вас, является секретной и может быть передана персоналом больницы только в компетентные органы здравоохранения, либо в соответствии с действующим законодательством. Любым другим лицам - родственникам, знакомым, различным организациям и т.д. - информация может быть передана с Вашего согласия либо по усмотрению медперсонала, с учетом Вашего состояния.
14. Вы вправе получать информацию относительно Вашего состояния; предоставление Вам этой информации осуществляется по усмотрению врача.
15. В соответствии с установленными положениями, Министерство здравоохранения вправе определить размер Вашего денежного участия в оплате госпитализации.

16. Вы вправе сохранять за собой свое имущество и распоряжаться им во время госпитализации, при условии, что руководитель больницы не постановит в письменной форме, что Вы не в состоянии заботиться о своих интересах. Такое постановление может быть обжаловано Вами в психиатрической комиссии.
17. Больница предоставит Вам возможность соблюдать свою религию и придерживаться своей культуры и обычаев.
18. Вы обязаны считаться с окружающими, достойно вести себя по отношению к персоналу и к любым людям на территории больницы, соблюдать чистоту и тишину, уважать человеческое достоинство других больных и не причинять им какой бы то ни было вред, телесный или имущественный.
19. Персонал больницы видит в Вас активного участника программы лечения, назначенной Вам, а также вносимых в нее изменений. Поскольку прогресс в лечении в большой степени зависит от Вашего сотрудничества, персонал больницы надеется, что Вы будете принимать активное участие в различных мероприятиях, процедурах и программах лечения, которые Вам назначены.

Подтверждаю, что мне дано разъяснение относительно содержания данного документа.

Имя и фамилия
госпитализируемого

Номер удост. личности

Подпись госпитализируемого

Имя и фамилия члена персонала больницы,
дававшего разъяснения относительно содержания документа

Должность

Подпись члена персонала больницы

Дата

Копии: родственнику госпитализируемого
в личное дело госпитализируемого

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

תאריך

חתימה

תפקיד בבית חולים

שם

154-Б, новое издание. Август 1992 г.

הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול

СОГЛАСИЕ НА ДОБРОВОЛЬНУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ И ЛЕЧЕНИЕ

Согласно статье 4 (а) закона о лечении психиатрических больных от 1991 г.

1. Я, _____ I I I I I I I I I I
 фамилия имя отчество номер теудат зеут

госпитализирующийся/госпитализированный в психиатрическую больницу _____, заявляю и подтверждаю своей подписью, что я согласен госпитализироваться в психиатрическую больницу после того, как мне были разъяснены на понятном для меня языке медицинские причины для госпитализации, условия госпитализации и возможности лечения.

Я согласен, чтобы врачи и весь штат сотрудников, как работающих в больнице, так и приглашенных извне, назначили и осуществили все виды обследования и лечения, необходимые, согласно их профессиональной точке зрения и в соответствии с причинами госпитализации и обстоятельствами.

Я подтверждаю, что не получил гарантий относительно результатов лечения, а также по-поводу анализов и медицинских мероприятий, которые будут мне проведены в больнице. Я предупрежден и согласен с тем, что все лечебные мероприятия будут осуществлять те лица, на которых возложены обязанности по их выполнению, в соответствии с правилами и требованиями, установленными в больнице. Я подтверждаю, что ознакомлен и согласен с тем, что мне не обещано лечение, в целом или частично осуществляемое каким-либо конкретным лицом.

Имя и подпись больного/опекуна

фамилия	имя	подпись	дата
---------	-----	---------	------

адрес

2. Имя и подпись лица, доставившего больного на госпитализацию:
Настоящим подтверждаю, что согласие больного на госпитализацию и проведение лечения подписано в моем присутствии.

фамилия	имя	подпись	дата
---------	-----	---------	------

степень родства

адрес

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

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

הסכמה לקבלת טיפול בנזעי חשמל
Разрешение на лечение электрическим шоком (E.C.T.)

1. Согласие больного/семьи/опекуна на лечение электрическим шоком

А. (Больной) Я, нижеподписавшийся _____
Фамилия Имя Номер уд. личности
Адрес: _____

Б. (Родственник или опекун): _____
Фамилия Имя Номер уд. личности

Степень родства: _____ Адрес: _____ Тел: _____

Настоящим удостоверяем, что объяснено мне/нам на понятном языке состояние здоровья больного и необходимость в специальном и необходимом лечении, включая необходимость в получении наркоза, и последствия, которые могут быть вызваны этим лечением. Настоящим даем согласие на специальное медицинское лечение.

Подпись больного Подпись родственника Фамилия и имя врача (дававшего объяснения)

Дата Дата Отделение Дата

2. Свидетельство о том, что физическое состояние больного позволяет ему получать лечение электрическим шоком.

Я, нижеподписавшийся, заверяю и свидетельствую, что исследовал больного и/или изучил его историю болезни. После проверки лабораторных и вспомогательных анализов, я пришел к выводу, что нет противопоказаний на получение лечения электрическим шоком.

Дата Подпись врача – терапевта Печать

3. Свидетельство о том, что неврологическое состояние больного позволяет ему получать лечение электрическим шоком.

Дата Подпись врача – невропатолога Печать

4. Свидетельство врачей - психиатров

Мы, нижеподписавшиеся, заверяем и свидетельствуем, что исследовали больного и/или изучили его историю болезни и пришли к выводу, что он нуждается в лечении электрическим шоком.

Заведующий отделением Заведующий отделением E.C.T Главный врач больницы

Дата Дата Дата

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

תאריך חתימה תפקיד בבית חולים שם