

עברית

מדינת ישראל
משרד הבריאות

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

לפי סעיף 135(ו), 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

1. לשם אשפוזך בבית החולים תיבדק/ י בדיקה רפואית, נפשית וגופנית.
2. בעת קבלתך לבית החולים יינתן לך הסבר כללי על בית החולים, על מצבך ועל הצורך באשפוז; כמו כן יימסר לך מידע והסבר אודות זכויותיך וחובותיך.
3. אשפוזך בבית החולים מותנה בהסכמתך, אלא אם כן הובאת לאשפוז:
 - (1) בתוקף צו של בית המשפט;
 - (2) בתוקף הוראת אשפוז של הפסיכיאטר המחוזי;
 - (3) לפי קביעת מנהל בית החולים בדבר הצורך באשפוזך הדחוף.
4. עם קבלתך לאשפוז תתבקש/ י לחתום על טופס הסכמה לקבלת טיפול; אם אושפזת מרצונך יינתן לך טיפול רפואי, למעט טיפול חירום, רק בהסכמתך; הסכמה זו איננה כוללת טיפולים מיוחדים שלהם תתבקש/ י להסכים בנפרד. אם תסרב/ י לקבל טיפול רשאי מנהל בית החולים לשחררך מן האשפוז.
5. אשפוזך יארך עד שמצבך הרפואי יאפשר את שחרורך. אם אושפזת מרצונך, זכותך לבקש, בכתב, ממנהל בית החולים לשחררך מהאשפוז; על המנהל לשחרר אותך תוך 48 שעות ממועד הגשת בקשתך, אלא אם כן תוצא לגביך, בפרק הזמן האמור, הוראת אשפוז עקב מצבך הרפואי.
6. אם אושפזת בתוקף הוראת אשפוז של פסיכיאטר מחוזי, זכותך לערור על כך בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית; את בקשת הערר באפשרותך להגיש באמצעות מנהל בית החולים, הפסיכיאטר המחוזי או ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות.
7. אם אושפזת בתוקף צו אשפוז של בית משפט או בהוראת פסיכיאטר מחוזי - יינתן לך טיפול, לרבות טיפול מיוחד, גם ללא הסכמתך.
8. אין להעבירך מהמוסד שבו את/ה מאושפז/ת למוסד פסיכיאטרי אחר אלא בהסכמתך; אם את/ה מתנגד/ת להעברה - אין להעבירך אלא בהסכמת הפסיכיאטר המחוזי ובמקרים מיוחדים - בהוראת ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות.
9. המטרה העיקרית של אשפוזך היא קבלת טיפול רפואי, זכותך לקבל טיפול רפואי וסיעודי, מזון ותרופות בהתאם למצבך הרפואי, הנפשי והגופני על פי התנאים וההסדרים הנהוגים במערכת הבריאות בישראל. אם אין לרשותך אמצעים כלכליים יספק לך בית החולים דמי כיס בהתאם למקובל.
10. זכותך להחזיק בחפצים אישיים במידה סבירה, ללבוש את בגדיך האישיים, הכל בהתאם למצבך ולתנאים הנהוגים בבית החולים.
11. זכותך לשמור על קשר עם בני משפחתך וידידיך, באמצעות טלפון, משלוח וקבלה של מכתבים סגורים וקבלת אורחים בשעות הביקור; דמי הדואר והטלפון יהיו על חשבונך, גם אם מצבך הרפואי אינו מאפשר קיום כל הקשרים האמורים, תישמר לך זכותך לשלוח מכתבים סגורים לעורך דינך, לאפוטרופסך, לפסיכיאטר המחוזי, לועדה הפסיכיאטרית וליועץ המשפטי לממשלה.

12. הנך זכאי/ת לחופש תנועה בתוך בית החולים. אם אין מצבך הרפואי מאפשר זאת, רשאי רופאך להחליט על הגבלת התנועה עד לשיפור במצבך; חופשות מחוץ לכותלי בית החולים הן חלק מתכנית הטיפול ויינתנו לך בהתאם לשיקולי הצוות המטפל.
13. כל מידע שאתה מוסר/ת או שנמסר עליך הוא סודי, הצוות המטפל יעביר מידע אודותיך רק לגורמים רפואיים מוסמכים או על פי דין לכל גורם אחר כגון: בני משפחתך, ידידיך ומוסדות שונים, יימסר מידע בהסכמתך, או בהתחשב במצב הרפואי, לפי שיקולי הצוות המטפל.
14. הנך זכאי/ת לקבל מידע אודות מצבך; מידע זה יימסר לך לפי שיקול דעתו של הרופא.
15. זכותו של משרד הבריאות לקבוע את שיעור השתתפותך בדמי אשפוזך בהתאם לתקנות בנושא זה.
16. זכותך לשמור ולנהל את רכושך גם בזמן אשפוזך, אלא אם כן קבע המנהל, בכתב, שאינך מסוגל/ת לדאוג לענייניך; על קביעה כזו הנך רשאי/ת לערור בפני הועדה הפסיכיאטרית.
17. בית החולים יאפשר לך לשמור על אמונתך, תרבותך ומנהגיך.
18. חובתך להתחשב בזולת, לכבד את הצוות ואת כל האנשים הנמצאים בבית החולים; עליך לשמור על הניקיון, השקט והפרטיות של החולים האחרים, ולא לפגוע בגופם וברכושם.
19. הצוות רואה בך שותף/ה פעילה/ת לתכנון הטיפול בך ולשינויים בו; התקדמות טיפולך תלויה במידה רבה בשיתוף הפעולה שלך. הצוות מצפה שתיקח/י חלק פעיל בפעילויות, בטיפולים ובתכניות השונות המיועדות לך.

אני מאשר בזה כי הוסבר לי תוכן הכתוב:

שם המתאשפז	מס' זהות	חתימת המתאשפז
שם איש צוות שהסביר למתאשפז את תוכן הטופס	תפקידו	
חתימת איש צוות	תאריך	

העתקים:

1. קרוב משפחה

2. תיק המתאשפז

מדינת ישראל
משרד הבריאות
 טופס 6 (תקנה 13א)
הסכמה לאשפוז מרצון ולקבלת טיפול
 לפי סעיף 4(א) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

1) אני, _____ מספר זהות _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____

מין _____ שנת לידה _____
 העומד להתאשפז/ המאושפז [מחק את המיותר] בבית חולים פסיכיאטרי _____
 מצהיר בזה ומאשר בחתימתי כי אני מסכים להיות מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי, זאת לאחר שהוסבר לי, בשפה מובנת, הנסיבות הרפואיות לאשפוז, תנאי האשפוז ואפשרויות הטיפול. אני מסכים שהרופאים, הסגל הסיעודי וכל צוות העובדים, הן המועסקים על ידי בית החולים והן המוזמנים על ידו, יקבעו ויבצעו את הבדיקות והטיפולים הנחוצים לי לפי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות.
 אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שאעבור בבית החולים, וכי ידוע לי ואני מסכים שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים. אני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שייעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימה _____ תאריך _____

מען

2) שם וחתימה של מי שמביא את החולה לאשפוז:
 הריני מאשר בזה כי הסכמת החולה לאשפוז ולקבלת טיפול נחתמה בנוכחותי.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימה _____ תאריך _____

מען _____ הקרבה _____

3) אני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תפקיד בבית החולים _____ חתימה _____ תאריך _____

מדינת ישראל
משרד הבריאות
הסכמה של מאושפז מרצון לקבלת טיפול מיוחד
לפי סעיף 4(א) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

1) אני, _____, מספר זהות _____, שם משפחה _____, שם פרטי _____, שם האב _____, מין _____, שנת לידה _____, המטופל ביחידה _____ מצהיר בזה ומאשר בחתימתי כי הוסבר לי בשפה מובנת מצבי הרפואי והטיפול הרפואי המיוחד שעלי לקבל לרבות הצורך במתן הרדמה והתוצאות העלולות להיגרם מן הטיפול. שם הטיפול: _____ הסבר ניתן לי על ידי _____

שם _____ תפקיד _____

אני מסכים שהרופאים, הסגל הסיעודי ואנשי צוות אחרים יבצעו את הטיפולים הנחוצים לפי שיקול דעתם המקצועי ובהתאם לנסיבות. אני מאשר שלא ניתנה לי כל הבטחה בדבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שיינתנו לי בבית החולים וכי ידוע לי ואני מסכים שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים. אני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

שם וחתימת החולה/ אפוטרופסו _____ [מחק את המיותר]:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ חתימה _____ תאריך _____

מען _____

2) אני מאשר בזה כי הטופס נחתם בפני: _____

שם _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____

מדינת ישראל
משרד הבריאות

אישור למתן טיפול בנזעי חשמל

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

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

מען _____

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

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. נתן בזה את הסכמת/ינו לטיפול/ים הרפואי/ים המיוחד/ים כאמור.

חתימת החולה	שם קרוב המשפחה וחתימתו	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
-------	-------	-------