תקנות טיפול בחולי נפש (ייצוג משפטי בטיפול כפוי), תשס"ו-2006

תוכן ענינים

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Go](#h1) | הגדרות | סעיף 1 |
| [Go](#h2) | פרסום הודעה על הזכות לייצוג משפטי ומינוי אחראי על הייצוג המשפטי | סעיף 2 |
| [Go](#h3) | יידוע המטופלים על זכותם לייצוג משפטי | סעיף 3 |
| [Go](#h4) | יידוע אפוטרופסו וקרובו של המטופל על זכותו של המטופל לייצוג משפטי | סעיף 4 |
| [Go](#h5) | בקשה לייצוג | סעיף 5 |
| [Go](#h6) | יידוע הגורם המייצג על בקשת המטופל לייצוג | סעיף 6 |
| [Go](#h7) | מטופל שאינו מעוניין בייצוג | סעיף 7 |
| [Go](#h8) | יידוע הגורם המייצג על קליטת מטופלים וקביעת מועד דיון | סעיף 8 |
| [Go](#h9) | מפגש עורך דין–מטופל | סעיף 9 |
| [Go](#h10) | תחילה | סעיף 10 |
| [Go](#h11) | תחולה | סעיף 11 |
| [Go](#h12) | תוספת |

תקנות טיפול בחולי נפש (ייצוג משפטי בטיפול כפוי), תשס"ו-2006

בתוקף סמכותי לפי סעיף 29א(ו) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן – החוק), בהתייעצות עם שר הבריאות, ובאישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, אני מתקין תקנות אלה:

1. בתקנות אלה –

הגדרות

"גורם מייצג" – עורך דין כאמור בסעיף 29א(א), (ב) או (ג) לחוק;

"האחראי על הייצוג המשפטי" – אחראי שמונה לפי תקנה 2(ב);

"ייצוג משפטי" – ייצוג משפטי לפני ועדה פסיכיאטרית או בדיון בערעור על החלטותיה;

"מטופל" – חולה המאושפז או הנמצא בטיפול מרפאתי כפוי, על פי הוראת אשפוז, הוראה לטיפול מרפאתי כפוי, או צו בית משפט;

"מנהל" – מנהל רפואי של בית חולים או מנהל מרפאה או מי מהצוות המטפל שמונה בידי אחד מהם לצורך ביצוע תקנות אלה, כולן או מקצתן;

"מסגרת טיפולית" – בית חולים או מרפאה.

2. (א) בכל מסגרת טיפולית שנמצאים בה מטופלים, תפורסם במקומות מרכזיים הגלויים לכל, הודעה המפרטת את זכותם של המטופלים לקבל ייצוג משפטי על ידי גורם מייצג, וכן את הדרכים ליצירת קשר עמו, לפי הנוסח שבטופס 1 לתוספת.

פרסום הודעה על הזכות לייצוג משפטי ומינוי אחראי על הייצוג המשפטי

(ב) בכל לשכות מחוז של הסניגוריה הציבורית ושל האגף לסיוע משפטי ימונה עורך דין שיהיה אחראי על תיאום הייצוג המשפטי עם המסגרת הטיפולית והוועדה הפסיכיאטרית.

3. (א) סמוך לקבלתו של מטופל לטיפול כפוי במסגרת טיפולית, ימסור לו המנהל טופס לפי הנוסח שבטופס 2 לתוספת, המפרט את זכותו לייצוג משפטי וכן יסביר לו על זכותו לייצוג משפטי, תוכן הטופס ועל הדרכים ליצירת קשר עם האחראי על הייצוג המשפטי.

יידוע המטופלים על זכותם לייצוג משפטי

(ב) לאחר קבלת ההסבר כאמור בתקנת משנה (א), יתבקש המטופל לאשר בחתימתו על גבי טופס 2 כי קיבל ההסבר האמור; המנהל יאשר בחתימתו על גבי הטופס את דבר מתן ההסבר למטופל.

(ג) סירב המטופל לחתום על טופס 2, או לא היה ניתן לברר את דעתו של המטופל בענין בשל מצבו הרפואי, יחתום המנהל על גבי הטופס ויציין בו את סירובו של המטופל ונסיבות הסירוב או כי המטופל לא חתם והנסיבות לכך, לפי הענין.

4. (א) היה למטופל אפוטרופוס, ימסור גם לו המנהל הודעה כאמור בתקנה 3, לפי הנוסח שבטופס 3 לתוספת.

יידוע אפוטרופסו וקרובו של המטופל על זכותו של המטופל לייצוג משפטי

(ב) לא היה ניתן לברר את דעתו של המטופל לענין רצונו לייצוג משפטי בשל מצבו הרפואי ואין לו אפוטרופוס, ימסור המנהל לאחד מקרוביו של המטופל, הודעה כאמור בתקנת משנה (א).

5. (א) ביקש מטופל להיות מיוצג על ידי גורם מייצג או ביקש אפוטרופסו כי המטופל יהיה מיוצג או ביקש זאת קרובו של מטופל שלא היה ניתן לברר את דעתו בשל מצבו הרפואי ואין לו אפוטרופוס, תינתן למטופל הזדמנות להיפגש עם גורם מייצג באופן שיאפשר ייצוג הולם של המטופל.

בקשה לייצוג

(ב) היה מי שמטופל לפי צו בית משפט מיוצג בהליך פלילי בידי גורם מייצג, ובמהלך הייצוג בהליך הפלילי הביע את רצונו בכתב או לפני בית המשפט לקבל ייצוג משפטי על ידי אותו גורם מייצג, יהיה הגורם המייצג או האחראי על הייצוג המשפטי בסניגוריה הציבורית, רשאי לקבל מידע מהפסיכיאטר המחוזי הרלוונטי על המקום שהוא מטופל בו לפי צו בית המשפט.

6. ביקש מטופל להיות מיוצג או ביקש אפוטרופסו כי המטופל יהיה מיוצג, או ביקש זאת קרובו של מטופל שלא היה ניתן לברר את דעתו בשל מצבו הרפואי ואין לו אפוטרופוס, הכל כאמור בתקנה 5(א), יודיע המנהל לאחראי על הייצוג המשפטי, בהקדם האפשרי, על הצורך במתן ייצוג משפטי למטופל; ההודעה תינתן לפי הנוסח שבטופס 4 לתוספת.

יידוע הגורם המייצג על בקשת המטופל לייצוג

7. (א) מטופל שהודיע, לאחר שקיבל הסבר לפי תקנה 3, כי אינו מעוניין בייצוג משפטי, יבקשו המנהל לחתום על אישור לפי הנוסח שבטופס 5 לתוספת, ולפיו הודע לו על זכותו לייצוג משפטי וכי הוא אינו מעוניין בייצוג כאמור; המנהל יאשר בחתימתו את דבר מתן ההסבר ואת הודעת המטופל על חוסר רצונו בייצוג משפטי.

מטופל שאינו מעוניין בייצוג

(ב) סירב המטופל לחתום על טופס 5 כאמור בתקנת משנה (א), או לא היה ניתן לברר את דעתו של המטופל בענין בשל מצבו הרפואי, יחתום המנהל על גבי הטופס ויציין בו את סירובו של המטופל ונסיבות הסירוב או כי המטופל לא חתם והנסיבות לכך, לפי הענין.

(ג) טופס 5, לאחר שמולא לפי תקנות משנה (א) ו-(ב), יימסר בידי המנהל, לוועדה פסיכיאטרית בתחילת דיוניה בענינו של המטופל, כדי לתת לה אפשרות לברר את נושא העדר הייצוג.

(ד) מטופל שהודיע שאינו מעוניין בייצוג משפטי, רשאי בכל עת, לחזור בו מהודעתו ולבקש ייצוג משפטי ויחולו הוראות תקנות אלה בשינויים המחויבים.

(ה) מטופל המאושפז בבית חולים שסמוך לקבלתו לאשפוז כפוי הודיע כי אינו מעוניין בייצוג משפטי או לא היה ניתן לברר את דעתו בענין בשל מצבו הרפואי כאמור בתקנות משנה (א) ו-(ב), יודיע לו שוב המנהל על זכותו לייצוג משפטי לפי תקנה 3, 5 ימים לפחות לפני כל דיון לפני ועדה פסיכיאטרית או דיון בערעור על החלטותיה, ויחולו הוראות תקנה 3 בשינויים המחוייבים; ואולם נקבע מועד לדיון בתקופה הקצרה מ-5 ימים, תימסר למטופל הודעה כאמור בהקדם האפשרי.

8. (א) המנהל ימסור הודעה לאחראי על הייצוג המשפטי, על קבלתו של מטופל במסגרת טיפולית, לא יאוחר מ-48 שעות ממועד קבלתו; במנין השעות לא יובאו בחשבון ימי מנוחה או שבתון על פי חיקוק.

יידוע הגורם המייצג על קליטת מטופלים וקביעת מועד דיון

(ב) ההודעה לא תכלול מידע מזהה על המטופל, אלא את תאריך קבלתו, מקום הטיפול, שמו הפרטי ושלוש הספרות האחרונות של מספר הזהות וספרת הביקורת, וזאת לפי הנוסח שבטופס 6 לתוספת.

(ג) ביקש מנהל לקיים דיון בוועדה פסיכיאטרית לגבי מטופל, יודיע על כך המנהל לגורם המייצג שמסר למנהל ייפוי כוח ממטופל או שהודיע למנהל שהוא מייצג את המטופל; הודעת המנהל תינתן בהקדם האפשרי, וככל שניתן לא יאוחר מ-48 שעות לפני קיום מועד הדיון בוועדה הפסיכיאטרית.

(ד) בתקנה זו, "המנהל" – לרבות איש צוות מינהלה במסגרת הטיפולית, שמינה מנהל רפואי של בית חולים או מנהל מרפאה שבהם הוא עובד.

9. לשם מתן ייצוג משפטי הולם כאמור בסעיף 29א(ה) סיפה לחוק, רשאי גורם מייצג לפגוש מטופל המאושפז בבית חולים וביקש ייצוג לפי הסעיף האמור, בכל זמן סביר; מפגש כאמור, ייערך במקום הולם שבו תתאפשר פרטיות השיחה.

מפגש עורך דין–מטופל

10. תחילתן של תקנות אלה 30 ימים מיום פרסומן (להלן – יום התחילה).

תחילה

11. (א) תקנות אלה יחולו במקומות שחלות בהן הוראות סעיף 29א לחוק, לפי צו של שר המשפטים לפי סעיף 9(ב) לחוק הסיוע המשפטי, התשל"ב-1972, או סעיף 4(2) לחוק טיפול בחולי נפש (תיקון מס' 5), התשס"ד-2004.

תחולה

(ב) תקנות אלה יחולו גם לגבי מטופל שהתקבל לפני יום התחילה במקומות כאמור בתקנת משנה (א), בשינויים המחויבים ולענין תקנה 8(א), פרק הזמן למסירת ההודעה לא יעלה על 7 ימים.

(ג) על מי שטופל תחילה בהסכמה ולאחר מכן טופל בכפיה במקומות כאמור בתקנת משנה (א), יחולו תקנות אלה בשינויים המחויבים כמפורט בתקנת משנה (ב) מהיום שבו הפך להיות מטופל בכפיה.

**תוספת**

טופס 1
(תקנה 2(א))
הודעה למטופל/ת
מטופל/ת יקר/ה
בהתאם לסעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, למטופל/ת בכפיה יש זכות לייצוג משפטי לפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה כלהלן:
(1)   מטופל/ת בכפיה על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי, זכאי/ת להיות מיוצג/ת בדיון לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה, על ידי עורך דין לפי בחירתו/ה ועל חשבונו/ה, או על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הלשכה לסיוע משפטי שבמשרד המשפטים ובמימון המדינה.
לשם קבלת ייצוג משפטי מטעם הלשכה לסיוע משפטי, ניתן לפנות ללשכת הסיוע המשפטי באמצעות הצוות המטפל או ישירות:
בטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בפקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(2)   מטופל/ת בכפיה על פי צו בית משפט, זכאי/ת להיות מיוצג/ת בדיון לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה, על ידי עורך דין לפי בחירתו/ה ועל חשבונו/ה, או על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הסניגוריה הציבורית שבמשרד המשפטים ובמימון המדינה.
לשם קבלת ייצוג משפטי מטעם הסניגוריה הציבורית, ניתן לפנות ללשכת הסניגוריה הציבורית באמצעות הצוות המטפל או ישירות:
בטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בפקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טופס 2
(תקנה 3(א))
הודעה למטופל/ת
מטופל/ת יקר/ה
בהתאם לסעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, אני מודיעך כי את/ה זכאי/ת לייצוג משפטי לפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה כדלהלן:
(1)   אם את/ה מטופל/ת בכפיה על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי, את/ה זכאי/ת להיות מיוצג/ת בדיון לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה, על ידי עורך דין לפי בחירתך ועל חשבונך, או על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הלשכה לסיוע משפטי שבמשרד המשפטים ובמימון המדינה.
אם תבחר/י בייצוג מטעם הלשכה לסיוע משפטי, באפשרותך לפנות ללשכת הסיוע המשפטי באמצעות הצוות המטפל או ישירות:
בטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בפקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(2)   אם את/ה מטופל/ת בכפיה על פי צו בית משפט, את/ה זכאי/ת להיות מיוצג/ת בדיון לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה, על ידי עורך דין לפי בחירתך ועל חשבונך, או על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הסניגוריה הציבורית שבמשרד המשפטים ובמימון המדינה.
אם תבחר/י בייצוג מטעם הסניגוריה הציבורית, באפשרותך לפנות ללשכת הסניגוריה הציבורית באמצעות הצוות המטפל או ישירות:
בטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בפקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
אישור המטופל/ת:
אני החתום/ה מטה והמטופל/ת בכפיה, מאשר/ת כי הוסבר לי בשפה המובנת לי על זכותי להיות מיוצג/ת על ידי עורך דין בדיונים לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה.
שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מין: ז/נ\*
תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
אישור המנהל/ת:
אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי\*:
–   טופס זה נחתם על ידי המטופל/ת, שפרטיו רשומים לעיל, בפניי.
–   המטופל/ת שפרטיו רשומים לעיל, סירב/ה לחתום / לא חתם/מה\* (יש לפרט את הנסיבות לסירוב או אי-החתימה כגון: סירוב עקרוני, לא היה ניתן לברר את דעתו של המטופל בענין בשל מצבו הרפואי וכו').
שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
העתק:
רשומה רפואית
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* מחק את המיותר.

טופס 3
(תקנה 4(א))
הודעה לאפוטרופוס או לקרוב משפחה של מטופל/ת בכפיה על זכותו/ה של המטופל/ת בכפייה לייצוג משפטי לפי סעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991
לכבוד
מר/גב' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (אפוטרופוס / קרוב משפחה של המטופל בכפיה\*)
מאחר שאתה אפוטרופוס / קרוב משפחה של המטופל/ת בכפיה\*\*
שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שהתקבל/ה אצלנו בתאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, אני מתכבד להודיעך כי בהתאם לסעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, זכאי/ת מטופל/ת בכפיה לייצוג משפטי לפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה כלהלן:
(1)   מטופל/ת בכפיה על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי, זכאי/ת לייצוג על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הלשכה לסיוע משפטי ובמימון המדינה וזאת, אם לא נמסר ייצוגו/ה לעורך דין אחר לפי בחירתו/ה ועל חשבונו/ה.
לשם קבלת הייצוג המשפטי מטעם הלשכה לסיוע משפטי, ניתן לפנות ישירות ללשכת הסיוע המשפטי:
בטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בפקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(2)   מטופל/ת בכפיה על פי צו בית משפט זכאי/ת לייצוג משפטי על ידי עורך דין שיתמנה מטעם הסניגוריה הציבורית ובמימון המדינה, וזאת אם לא נמסר ייצוגו/ה לעורך דין אחר לפי בחירתו/ה ועל חשבונו/ה.
לשם קבלת הייצוג המשפטי מטעם הסניגוריה הציבורית, ניתן לפנות ישירות ללשכת הסניגוריה הציבורית:
בטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בפקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
פרטי המודיע:
שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
העתק:
רשומה רפואית
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* הודעה לפי טופס זה תישלח בכל מקרה שיש למטופל/ת בכפיה אפוטרופוס.
הודעה לפי טופס זה תישלח לקרוב משפחה של המטופל/ת בכפיה רק אם לא היה ניתן לברר את דעתו/ה של המטופל/ת בכפיה לענין ייצוגו/ה בשל מצבו/ה הרפואי ואין לו/ה אפוטרופוס.
\*\* מחק את המיותר.

טופס 4
(תקנה 6)
הודעה לאחראי על הייצוג המשפטי על בקשתו/ה של מטופל/ת בכפיה לייצוג משפטי לפי סעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991
לכבוד
האחראי על הייצוג המשפטי\*:
לשכת הסיוע המשפטי (במקרה של מטופל/ת בכפיה על פי הוראת פסיכיאטר מחוזי)
פקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
לשכת הסניגוריה הציבורית (במקרה של מטופל/ת בכפיה על פי צו בית משפט)
פקס': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
אני מתכבד להודיעך כי:
המטופל/ת בכפיה שפרטיו/ה רשומים מטה, ביקש/ה להיות מיוצג/ת לפני ועדה פסיכיאטרית מחוזית/בדיון בערעור על החלטות הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית\*\* על ידי עורך דין מטעמכם, על פי הוראות החוק.
פרטי המטופל/ת:
שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מין: ז/נ מטופל/ת בכפיה במסגרת טיפולית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך קבלת המטופל/ת לטיפול: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
פרטי המודיע:
שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
העתק:
רשומה רפואית
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* נא לסמן ב-X ליד הגורם המייצג המתאים.
\*\* מחק את המיותר.

טופס 5
(תקנה 7(א))
הודעת מטופל/ת כי אינו/ה מעוניין/ת בייצוג משפטי לפי סעיף 29א לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991
א. אישור המטופל/ת:
אני החתום/ה מטה מאשר/ת כי הוסבר לי על ידי:
שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
בשפה המובנת לי על זכותי להיות מיוצג/ת על ידי עורך דין בדיונים לפני הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית או בדיון בערעור על החלטותיה ומודיע/ה כי אינני מעוניין/ת בייצוג משפטי או במפגש עם עורך דין לשם בחינת ייצוגי המשפטי. כמו כן הובא לידיעתי כי אין בחתימתי על טופס זה כדי למנוע ממני לבקש ייצוג כאמור, בכל עת.
פרטי המטופל/ת:
שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ב. אישור המנהל/ת:
אני, החתום/ה מטה מאשר/ת כי\*:
טופס זה נחתם בידי המטופל/ת הנ"ל, בפניי.
המטופל/ת הנ"ל סירב/ה לחתום / לא חתם/מה\* (יש לפרט את הנסיבות לסירוב או אי-החתימה כגון: סירוב עקרוני, לא היה ניתן לברר את דעתו של המטופל בשל מצבו הרפואי וכו').
שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
העתק:
רשומה רפואית
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* מחק את המיותר.

[סעיף זה מכיל טבלה או תמונה - לחצו לצפיה](https://www.nevo.co.il/laws/#/6023e2e4a65649322e40fb9c/clause/6023f2b0a65649322e40fc5c)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ציפי לבני  שרת המשפטים |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |