

טופס הסכמה מדעת לקבלת טיפול ברפואה משלימה במסגרת מרכז דוידוף

שם המטופל

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מס' ת"ז
אני מצהיר בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר		שם משפחה	שם פרטי

על רפואה משלימה ומשמעותה במסגרת הטיפול בי במרכז דוידוף. הוסבר לי לשביעות רצוני, ואני מבין כי

1. הרפואה המשלימה כוללת שיטות טיפול שונות ומגוונות שאינן חלק מהרפואה הקונבנציונאלית, כגון: רפואה סינית מסורתית, דיקור (אקופונקטורה), שיאצו, ריפלקסולוגיה, עיסוי רפואי, הפגת כאב בשיטות משולבות, היפנוזה, דמיון מודרך, מדיטאציה, נטורופתיה, צמחי מרפא, תזונה ותוספי תזונה, יוגה, טאי-צ'י ועוד.
2. השיטות הללו אינן באות במקום, או כתחליף, לטיפול הקונבנציונאלי שהוצע לי ע"י האונקולוג/ית ו/או ההמטולוג/ית המטפל/ת בי, אלא כתוספת לטיפול הכימי ו/או קרינתי ו/או תרופתי ו/או ניתוחי שהומלץ לי.
3. השיטות הללו אינן באות לרפא את המחלה עצמה והן ניתנות כתמיכה בלבד במטרה להקל על תסמיני המחלה, להפחית את שיעור וחומרת תופעות הלוואי הקשורות בטיפול, ולשפר את דרכי ההתמודדות עם המחלה.
4. יעילות ובטיחות השיטות הללו למטרות המצוינות מעלה נבדקה בכלים מדעיים מקובלים באופן חלקי בלבד ולמרות שנימצא כי הן מסייעות לחולים רבים אין הן מסייעות לכל החולים ואין להתייחס אליהן ככלל כאל רפואה נסמכת-ראיות, אלא כאל שיטות משלימות התומכות באיכות החיים.

עוד הוסבר לי לשביעות רצוני, ואני מבין ומסכים כי

5. הטיפול ברפואה משלימה במסגרת מרכז דוידוף אינו כלול בסל הבריאות הממלכתי ולפיכך הוא מוצע כשירות רפואי ייחודי בתשלום.
6. הטיפול ברפואה משלימה במסגרת מרכז דוידוף, למרות שנעשה בפיקוח רפואי מלא ועל-פי כל אמות המידה המקצועיות הנהוגות במרכז רפואי רבין, ניתן בעיקר על ידי מטפלים מומחים בתחומם שאינם רופאים ולכן חובה תמיד לקבל גם חוות דעת מקדימה מרופא לגבי כל המלצה רפואית חדשה.
7. הטיפול וכל ההליכים האחרים הקשורים בו יעשו על ידי מי שהדבר הוטל עליו, בהתאם לנהלים של מרכז רפואי רבין ובכפוף לחוק, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים.
8. להתאמה מירבית של השיטות הללו למצבי אני מתחייב ליידע מיידית את צוות היחידה לרפואה משלימה במרכז דוידוף על כל שינוי במצבי הרפואי ו/או בטיפול הרפואי שהוצע לי ושאני מקבל הן במסגרת מרכז דוידוף והן בכל מסגרת רפואית, קונבנציונאלית או אלטרנטיבית, אחרת.
9. להגברת יעילות הטיפול בי ומניעת תגובות רפואיות בלתי רצויות, אני מתחייב ליידע מיידית את הצוות הרפואי המטפל בי ובמיוחד את האונקולוג/ית ו/או המטולוג/ית האחראי/ת עלי על כל פרטי הטיפול ברפואה משלימה שהוצע לי ושאני מקבל הן במסגרת היחידה לרפואה משלימה במרכז דוידוף והן מחוץ ליחידה.
10. לתיאום הטיפול בי, המידע הרפואי המצוי לגבי במרכז רפואי רבין יהיה זמין לכל המטפלים בי ביחידה לרפואה משלימה בכל עת וכל זאת בהתאם לנהלים ולהוראות של מרכז רפואי רבין ובלבד שהדבר יעשה באחריות המקובלת ובכפוף לחוק תוך שמירה מירבית על זכותי לחיסיון רפואי ולצנעת הפרט.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לטיפול בתנאים הללו לאחר שהוסבר לי לשביעות רצוני והבנתי את מטרות ומהלך הטיפולים המשלימים המוצעים לי בשילוב עם הטיפול הקונבנציונאלי, את סיכויי הצלחתם, את החלופות להם, את עלותם, ואת תופעות הלוואי העלולות לקרות בעתים ודרכי הטיפול בהן.

תאריך	שעה	חתימת המטופל	שם האפוטרופוס	מס' ת"ז	חתימת האפוטרופוס
(במקרה של פסול דין, חולה נפש)					

אני מאשר בזה כי הסברתי בעל-פה למטופל/ לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימת הרופא	מס' רישיון
----------	-------------	------------