

לחץ כאן להזנת תאריך.

הצהרת רופא להמלצה, ע"י הרופא הממליץ, לשימוש בקנבים רפואי

שם המטופל	ת"ז

- הוסבר למטופל/ת כי אין לנו מידע לגבי תופעות לוואי לטווח ארוך של שימוש בקנבים
- הוסבר למטופל/ת כי חל איסור חוקי לנהוג כל עוד הוא מטופל בקנבים
- אני מאשר/ת כי הבאתי לידיעת המטופל/ת כי שליחת הבקשה אינה מהווה סיום התהליך
- חובה להשלים את כלל המסמכים הנדרשים. הבקשה תידון רק לאחר קבלת כל המסמכים
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת הופיע/ה בפניי וכי זיהיתי אותו/ה על פי תעודה מזהה רשמית
- אני מצהיר/ה כי ערכתי למטופל/ת בדיקה רפואית וכי תיעדתי את המפגש ברשומת המטופל/ת
- אני מצהיר/ה כי ההתוויה שבעטיה ניתנה המלצתי היא בתחום מומחיותי
- לאור כלל המידע הרפואי של המטופל/ת שהוצג בפני, לרבות ההיסטוריה הרפואית של המטופל/ת ובפרט בהתייחס לתופעות הלוואי האפשריות ולהתוויות הנגד, ולהשפעות גומלין בין התרופות שהמטופל/ת נוטל/ת ובין הטיפול בקנבים, אני ממליץ/ה על טיפול בקנבים למטופל/ת
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי להגיע אליי למעקב רפואי סדיר וזאת כל עוד הוא/היא מחזיק/ה ברישיון תקף. אני מתחייב/ת למעקב רפואי לכל משך הטיפול ולדיווח במקרה הצורך או על פי דרישה מהיק"ר
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת נתן/ה בפניי את הסכמתו/ה שכל גורם רפואי יעביר למנהל לפי פקודת הסמים המסוכנים ולפועלים מטעמו ובכלל זה צוות היחידה לקנבים רפואי במשרד הבריאות (היק"ר) כל מידע רלוונטי לבקשה אודותיו/ה המצוי ברשותם.
- המטופל/ת הצהיר/ה בפניי כי הוא/היא מאשר/ת למחלקה למידע והערכה במשרד הבריאות למסור כאמור מידע על אשפוזים פסיכיאטרים שעבר/ה ככל שהיו
- אני מצהיר/ה כי המטופל/ת התחייב/ה בפניי שהסם לא ישמש למטרות שאינן מפורטות ברישיון
- אני מצהיר/ה כי הפרטים לעיל נכונים ומלאים
- לשיקולי נוצר מצב המחייב" הודעת מטפל "למרב"ד (כן / לא)
- לשיקולי נוצר מצב המחייב" הודעת מטפל "למשרד הפנים לעניין נשיאת נשק (כן / לא)
- הגשתי הודעת מטפל בהתאם

	שם רופא
	מס רישיון
	חתימה וחותמת

בכל שאלה עבור השירות, ניתן לפנות בוואט אפ : 052-9682535 או למוקד שמספרו 3171* בימים א-ה בין השעות 08:00-18:00 וביום שישי בין השעות 08:00-13:00 .

*ח.פ 510709140, כתובת: רחוב ז'בוטינסקי 7 בני ברק