

טופס הסכמה לקבלת שירות – טיפול בהוצאת רישיון לשימוש בקנביס רפואי

יש למלא מסמך זה, לחתום ולהחזיר במייל או בפקס למרפאת קנביס

בוואט אפ : 052-9682535 או

מייל: CannabisBB@machon-mor.co.il או פקס 03-6907116

הצהרה:

הנני מאשר/ת בזאת כי קיבלתי וקראתי את המידע הכלול בדף ההסבר לקבלת השירות, לרבות המידע על השימוש בקנביס רפואי, ואני מאשר/ת ונותן/ת את הסכמתי לכל האמור בו.

כמו כן הנני מאשר/ת כי הרופא/ה המטפל/ת בי, ד"ר _____ (שם מלא) ("הרופא המטפל") הוא/היא שהמליץ/ה לי על שימוש בקנביס רפואי כחלק מהטיפול הרפואי בי, וכן הסביר/ה לי על המעלות והחסרונות של נטילת קנביס רפואי בהתייחס למצבי הרפואי, על רגישות אפשרית לקנביס, על תופעות לוואי, תגובות בין תרופתיות וסיבוכים שעלולים להיות כרוכים בשימוש בקנביס רפואי.

קיבלתי הסבר על ידי הרופא המטפל ביחס לכך שקיימת חשיבות ראשונה במעלה למסירת פרטים מלאים אודות מצבי הבריאותי וההיסטוריה הרפואית שלי וכן התרופות אותן אני נוטל/ת, רגישויות (אלרגיות) לתרופות ולמזון, ואני מתחייב/ת לעדכן, ללא כל דיחוי, את הרופא המטפל בי על כל שינוי במצבי הנפשי והגופני - בין אם הופיע בעקבות או למרות השימוש בקנאביס בהתאם להנחיות הרופא המטפל.

כמו כן, הוסבר לי כי שימוש בקנאביס רפואי מותנה ברישיון משרד הבריאות, וכי כל הפרה של תנאי הרישיון ו/או חוסר ביצוע מעקב רפואי והמצאת אישורים רלוונטיים ו/או אי מסירת נתונים שלמים ומדויקים ביחס למצבי הרפואי לצורך הנפקת הרישיון על ידי מור הם עילה להפסקת/לביטול הרישיון.

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי ואמסור למור לצורך הבדיקה וההחלטה למתן רישיון לקנביס רפואי ("רישיון") מלאים ומדויקים, וכי אעדכן את מור ואת הרופא המטפל בכל שינוי בפרטים אלו, ללא דיחוי.

אני מסכים/ה לכך שנציג מור יצור איתי קשר במישרין בדואר, בטלפון או בדואר אלקטרוני לצרכי מתן השירות וכל הכרוך בכך. אני מסכים/ה ומאשר/ת למור לפנות בעניין זה אל הרופא המטפל שלי, ככל שידרש, וכן מאשר/ת העברת מידע שלי לכל גורם בהתאם להוראות הדין ו/או לכל רשות מוסמכת, ובמידה ואקבל רישיון - לקופת החולים בה אני מבוטח/ת.

הנני מצהיר/ה ומתחייב כי במידה ואקבל רישיון לשימוש בסם אשתמש בו לשימושי האישי בלבד, ורק בהתאם לתנאי הרישיון, אקפיד על מעקב סדיר אצל הרופא/ה המטפל/ת, אפעל בהתאם להמלצות הרפואיות שניתנו לי על ידי הרופא המטפל ואודיע לו/לה ולמור על כל שינוי במצבי הרפואי.

על החתום היום _____

_____ חתימה

_____ ת.ז.

_____ שם משפחה

_____ שם פרטי

במקרה שהמטופל/ת אינו/ה כשיר/ה לחתום (קטין, פסול דין) :

הסכמת אפוטרופוס לביצוע הבדיקה (יש לצרף העתק צו מינוי אפוטרופוס במקרה של אפוטרופוס ממונה)

קשר למטופל/ת: _____ שם האפוטרופוס _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____

125-06/0521