

הסכם למתן טיפול רפואי אסתטי

שנערך ונחתם ביום _____ לחודש _____ שנת _____

בין: ד"ר מאיר כהן מרח' ז'בוטינסקי 7 (מגדל משה אביב) ברמת גן מצד אחד; (להלן: "ד"ר כהן")

ובין: _____ ת.ז. _____ מצד אחד; (להלן: "המטופל")

הואיל והמטופל מעוניין בקבלת טיפול רפואי אסתטי והואיל ולד"ר כהן ההסמכה מטעם משרד הבריאות הישראלי ליתן טיפול רפואי אסתטי והוא מעוניין לעשות כן; והואיל וברצון הצדדים להסדיר ביניהם את ההתקשרות על מנת שד"ר כהן יתן למטופל טיפול רפואי אסתטי, כמפורט בהסכם זה להלן; לפיכך הוסכם והותנה בין הצדדים כדלקמן:

הקדמה

הסכם זה נועד לפרט את ההתקשרות הכספית בין הצדדים ואת מנגנון הטיפול בהחלמה, בסיבוכים ובתוצאה לא רצויה, במידה ויהיו, לאחר הטיפול/ים שאעבור. הוסבר לי כי הטיפול האסתטי אותו אעבור נעשה מבחירה, ללא צורך רפואי דחוף. ידוע לי כי הטיפול האסתטי הינו טיפול רפואי וכי ככל טיפול רפואי, הוא עלול להיות מלווה בסיבוכים מיידים ומאוחרים. ידוע לי כי רפואה וכירורגיה בפרט הם מדע שאיננו מדויק וכי דר' כהן תאר בפני בקווים כלליים את התוצאה הצפויה אך איננו יכול יכול לצפות באופן מדויק את התוצאה הסופית. הוסבר לי כי התוצאה תלויה בתגובת הגוף לטיפול שאקבל וכי תגובה זו עלולה להיות שונה מהרגיל ובאופן כזה עלולה להתקבל תוצאה שהיא שונה מהרגיל והיא עלולה להיות לא לשביעות רצוני. הוסבר לי כי את התוצאה הסופית של הטיפול שאעבור נתן יהיה להעריך רק 12 חדשים ממועד הטיפול.

הוסכם בין הצדדים כי דר' כהן יבצע את הטיפול/ים הבאים:

פעולה _____ אזור _____

פעולה _____ אזור _____

פעולה _____ אזור _____

פעולה _____ אזור _____

תופעות לוואי וסיבוכים

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי שלאחר הטיפול העיקרי לרבות כאב, אי נוחות, שטפי דם ונפיחות. הוסבר לי שבכל מקרה תוותרנה צלקות באזור בו יעשו חתכים. צורת הצלקות תלויה בסוג העור שלי ובתכונות הריפוי שלו. יש מקרים בהם תתפתחנה צלקות קלואידיות. לא נתן לצפות צלקות כאלו מראש. כמו כן, הוסברו לי הסיבוכים האפשריים לרבות: דימום, זיהום, חוסר סימטריה, אבדן תחושה והגבלה בתנועה. כמו כן הוסברה לי האפשרות של סיבוכים הקשורים בשימוש בשתל סינתטי המוחדר לגוף לרבות זיהום פליטה או דחייה של השתל שיצריכו ניקוז או ניתוח להוצאתו; וכתוצאה מכך אי נוחות, כאב, ועיוות צורה. הובהר לי שעד היום לא הוכח באופן חד משמעי הקשר או העדר הקשר, בין החדרת שתל סינתטי והתפתחות מחלה סרטנית, וכמו כן הקשר או העדר הקשר עם תופעות ראומטיות ועצביות המלוות מחלות של מערכת החיסון אוטואימוניות). כמו כן הובהר לי שהכנסת שתל מכל סוג פוגמת ביכולת האבחון והזיהוי של מימצאים שאיבחונם וזיהויים נעשה באמצעים רנטגניים.

סיכונים ספציפיים לכל אחת מהפעולות

הוסבר לי כי בנוסף על הסיכונים שפורטו לעיל, פרוט הסיכונים הקשורים לכל אחת מהפעולות בנפרד נמצא בטפסי ההסכמה המצורפים להסכם זה וכי אני מאשר/ת בחתימת ידי כי קראתי את טפסי ההסכמה ואני מודע/ת לסיכונים היחודיים הקשורים לטיפול אותו אקבל.

הסכמה להרדמה

הסכמתי ניתנת בזאת גם לביצוע הרדמה מקומית ואזורית עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומרי הרגעה לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה, והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרגעה, שעלול לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעילות הלב, בעיקר אצל חולי לב וחולים עם הפרעה במערכת הנשימה. כמו כן, הוסברה לי האפשרות של נזק עצבי ו/או וסקולרי בהרדמה אזורית. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית, יינתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

חובת גילוי מלא של הסטוריה רפואית על ידי המטופל/ת

הוסבר לי כי עלי לידע את דר' כהן לגבי כל בעיה רפואית המפורטת בטופס הצהרת הבריאות אותו מלאתי. הוסבר לי עלי לדווח גם על טיפולים תרופתיים הומאופטיים, משלימים ואחרים בהם אני מתשתמש/ת. הוסבר לי כי עלי לדווח על כל הטיפולים/ניתוחים האסתטיים שעברתי כולל הזרקה של חומרי מילוי לפנים או אזור אחר בגוף. ידוע לי כי עלי לדווח לדר' כהן על כל טיפול נפשי פסיכולוגי או פסיכיאטרי, שיחות, תרופות או טיפול באישפוז שאני מקבלת/עכשיו או קבלתי בעבר. ידוע לי כי הסתרה מלאה או חלקית של מידע רפואי הקשור אלי יחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחיות.

עלות הטיפול

ידוע לי כי דר' מאיר כהן יבצע את הטיפול במחיר מלא/במחיר עלות/ללא תמורה. (יש) _____ להקיף בעיגול את הבחירה המתאימה ולציין במילים). הוסבר לי כי ההתייחסות בהסכם זה לטיפול שהוא תיקון של טיפול קודם תהיה כאל טיפול הנעשה במחיר עלות ולא יחולו עליו סעיפי ההסכם המתייחסים לטיפול הנעשה במחיר מלא. הוסבר לי כי בתמורה לטיפול אני מתחייב/ת להעביר סך _____ שקלים לפקודת דר' מאיר כהן עד שבוע ימים לפני מועד הטיפול.

אני מתחייב/ת במעמד חתימת הסכם זה לא לבטל הוראת תשלום/התחייבות/המחאה שנתתי לדר' כהן גם אם הטיפול שקבלתי ידחה, יבוטל על ידי, לא יהיה לשביעות רצוני או יהיה מלווה בסיבוכים ו/או תוצאות לא רצויות. אני מתחייב/ת לשאת בכל ההוצאות שיגרמו באופן ישיר או עקיף מאי כיבוד של אמצעי התשלום שלי או ביטולם על ידי או על ידי גורם אחר גם אם ביטול התשלום אירע שלא באשמתי ולא ביוזמתי.

קבלת החזר מקופות החולים וחברות הביטוח

הוסבר לי כי אין לדר' כהן כל אחריות ו/או מחויבות להחזר עלות הטיפול מהגוף המבטח אותי. החזר עלות הטיפול יועבר למטופל בהתאם למדיניות ההחזר של הגורם המבטח האישי שלי (דוגמא: קופת חולים או חברת ביטוח) בעניין טיפול אסתטי הנעשה על ידי רופא מומחה. הוסבר לי כי פניה לקבלת החזר תעשה ישירות על ידי ובאחריותי וכי דר' כהן לא יטפל בקבלת החזר ואין באפשרותו להתחייב מראש לגבי קבלת החזר כל שהוא.

ביטול הטיפול

הוסבר לי כי במידה ואחליט לבטל את הטיפול לאחר חתימה על הסכם זה עלי להודיע זאת טלפונית באופן מיידי ובכתב תוך 24 שעות לפקס 03-5480082. הוסבר לי כי אם אבטל את הטיפול עד 48 שעות לפני מועד הטיפול יוחזר לי התשלום תוך 30 ימים ממועד קבלת ההודעה בפקס וזאת לאחר הפחתה של דמי הרישום או 10% מהעלות הכוללת של הפעולה (הגבוה מביניהם). הוסבר לי כי אם אבטל את הטיפול פחות מ 48 שעות לפני מועד הטיפול יוחזרו לי 50% מדמי התשלום תוך 30 ימים ממועד קבלת הודעת הביטול בפקס.

בדיקות לפני הניתוח

הוסבר לי כי עלי להשלים את הבדיקות הבאות לפני הניתוח דרך קופת החולים או באופן פרטי על חשבוני: בדיקות דם – ספירת דם, כימיה בדם ותפקודי קרישה. א.ק.ג. – למטופלים מעל גיל 40 או למי שסובל מבעיה הקשורה למערכת כלי הדם או הלב. צילום חזה – למטופלים מעל גיל 40 או למי שסובל מבעיות הקשורות למערכת הנשימה. בדיקת הכנה עם רופא מרדים – למטופלים מעל גיל 70, סובלים ממחלות כרוניות, מעשנים כבדים או סובלים מהשמנת יתר..

הערכה פסיכולוגית – אם הדבר ידרש על ידי דר' כהן.

כל בדיקה נוספת עליה ימליץ דר' כהן.

הכנה לפני ניתוח

הוסבר לי עלי להפסיק לעשן למשך שבועיים לפני הטיפול ושבועיים לאחר הטיפול. הוסבר לי כי עלי להפסיק את

השימוש בתרופות המדדלות את הדם (מעכבות את מערכת הקרישה) כדוגמת אספירין למשך שבועיים לפני הטיפול. הוסבר לי כי הפסקת הטיפול בתרופות המדללות את הדם עבור הטיפול קשורה בסיכון נמוך, ליצירת קרישים במערכת הדם העלולים לגרום לנזק גופני זמני או קבוע כולל אירוע מוחי שיגרם שיתוק ו/או חסימת זרימת הדם לאיבר בגופי. כמו כן, הוסבר לי כי עלי להפסיק למשך שנה טיפול בתרופות או משחות המכילות רטין A. הוסבר לי כי עלי להיות בצום מלא שש שעות לפני מועד תחילת הניתוח. הוסבר לי כי יש להסיר תכשיטים לפני הניתוח ומומלץ לא להביא חפצים יקרי ערך למרכז הרפואי. הוסבר לי כי דר' כהן והמרכז הרפואי אינם אחראים לאובדן או גניבה של ציוד יקר ערך.

רכישת תרופות וקרמים

אני מתחייב/ת לרכוש על חשבוני את התרופות והקרמים הדרושים לפני הטיפול ולאחריו באופן מדויק לפי הנחיותיו של דר' כהן. הוסבר לי כי התרשלות מצדי בנטילה של התרופות ומריחה של הקרמים לפני ואחר הטיפול עלולה לפגוע בהצלחת הטיפול, תחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחריות. הוסבר לי כי עלי לרכוש לפני הניתוח את התרופות הבאות דרך קופת החולים או באופן פרטי על חשבוני: אנטביוטיקה, בהתאם לטופס מרשם שירשום דר' כהן. טיפול תרופתי בהרפס, בהתאם לטופס מרשם שירשום דר' כהן. קרמים טיפוליים.

משחות וכדורים נגד נפיחות ושטפי דם.

כל תרופה או קרם אחר עליהם ימליץ דר' כהן.

עיכוב או דחיית מועד הטיפול

הוסבר לי כי מועד הטיפול שהוזמן הוא מועד משוער וכי יתכן עיכוב של שעות או ימים במועד הטיפול. כמו כן, הוסבר לי כי במידה ולא נתן יהיה לבצע את הטיפול ביום שנקבע מתחייב דר' כהן לבצע את הפעולה תוך 14 ימים מהמועד שנקבע. במידה ולא יוכל דר' כהן לבצע את הפעולה תוך 14 ימים והמטופל ירצה לבטל את הפעולה יוחזר למטופל התשלום תוך 30 ימים ממועד הביטול לאחר הפחתה של דמי הרישום או 10% מהעלות הכוללת של הפעולה (הגבוה מביניהם).

חובת הופעה למעקב של המטופל

הוסבר לי כי המעקב במרפאה והטיפול לאחר הניתוח הם חיוניים לקבלה של תוצאה טובה. הוסבר לי כי אי הופעה פעמיים לפגישה שתואמה מראש עם דר' כהן ללא הודעה מוקדמת, תחשב כהפרה יסודית של הסכם זה ותשחרר את דר' כהן מאחריות כפי שמפורט בסעיף התיקונים והסבוכים. הוסבר לי כי אי הופעה שלוש פעמים לפגישה מעקב שתואמה מראש עם מתן הודעת ביטול מוקדמת תחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותשחרר את דר' כהן מאחריות כפי שמפורט בסעיף התיקונים והסבוכים.

תקופת האחריות

הוסבר לי כי האחריות של דר' כהן לגבי טיפול בסיבוכים, בעיוותים אסתטיים ובתוצאה לא רצויה באזור הטיפול שאעבור תמשך שלושה עשר חדשים ממועד הטיפול (להלן "תקופת האחריות"). ידוע לי כי דר' כהן איננו מתחייב לטפל בסיבוכים, בעיוותים אסתטיים ובתוצאה לא רצויה שיתגלו לאחר תום תקופת האחריות. ידוע לי כי התוצאות של טיפול אסתטי הן מוגבלות בזמן וכי הטיפול האסתטי לא עוצר את תהליך הצניחה וההזדקנות הטבעיים של גוף האדם. ידוע לי כי פניה אל דר' כהן בתום שלושה עשר חדשי האחריות בעניין סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול שקבלתי דינה כדין טיפול חדש והיא תעשה בעלות מלאה ועל חשבוני.

תיקונים

הוסבר לי כי דר' מאיר כהן מתחייב לטפל בעצמו בכל סיבוך, עיוות אסתטי ותוצאה לא רצויה הקשורים לטיפול שאעבור ושתתגלו במהלך תקופת האחריות. הוסבר לי כי את התוצאה האסתטית של הטיפול נתן להעריך רק בתום 12 חדשים מביצוע הפעולה ולכן במידה ויחליט דר' כהן לבצע תיקון הוא יעשה זאת בתום 12 חדשים מהטיפול.

עלות תיקונים לטיפולים הנעשים בתמורה

הוסבר לי כי במדה ולפי שיקול דעתו המקצועי של דר' כהן, הוא ימצא, במהלך תקופת האחריות כי יש הצדקה לבצע תיקון הוא ישא בעלות שכר מנתח ועלות חדר הניתוח הקשורה לתיקון והכל עד לתקרה של הסכום הכולל, ששלמתי לדר' כהן בגין הטיפול הראשוני. אני מתחייב לשאת בכל עלות בקשר עם התיקון האמור מעבר לסכום האמור. למען הסר ספק מובהר כי דר' כהן לא ישא בעלות האישפוז, שתלים, חגורות, בגדי לחץ, תרופות, קרמים, עיסוי למפטי או כל

טיפול רפואי או טיפול רפואי משלים אחר הדרושים כחלק מהטיפול בתיקון. הוסבר לי כי דר' כהן לא ישא בכל הוצאה הקשורה לטיפול בסיבוכי, עיוות אסתטי ותוצאה לא רצויה שיעשו על ידי גורם רפואי אחר ללא הסכמתו מראש ובכתב של דר' מאיר כהן.

עלות תיקונים לטיפולים הנעשים במחיר עלות או ללא תמורה או טיפול שהוא תיקון

הוסבר לי כי והיה ובמקרה של טיפול שנעשה במחיר עלות או טיפול הנעשה ללא תמורה או לאחר טיפול שהוא תיקון של טיפול קודם, יחליט דר' מאיר כהן לטפל בבעיה כל שהיא, שהתגלה במהלך תקופת האחריות, הוא לא ישא בעלות שכר מנתח ועלות חדר הניתוח הקשורה לתיקון. כמו כן, דר' כהן לא ישא במקרה זה בעלות האישוף, שתלים, חגורות, בגדי לחץ, תרופות, קרמים, עיסוי למפטי או כל טיפול רפואי או טיפול רפואי משלים אחר הדרושים כחלק מהטיפול בתיקון. כמו כן, הוסבר לי כי דר' כהן לא ישא בכל מקרה בשום הוצאה הקשורה לטיפול בסיבוכי, עיוות אסתטי ותוצאה לא רצויה שיעשו על ידי גורם רפואי אחר ללא הסכמתו מראש ובכתב של דר' מאיר כהן.

חובת דיווח על בעיה לא דחופה לאחר הטיפול

הוסבר לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום לנזק בלתי הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע לי כי במהלך תקופת האחריות חובה עלי לידע את דר' כהן לגבי כל בעיה הקשורה לטיפול תוך עד 24 שעות מגילוי הבעיה. הוסבר לי כי במידה ולא אצליח לשוחח עם דר' כהן באופן מיידי עלי להשאיר הודעה טלפונית בהתאם להנחיות בהודעת המשיבון של דר' כהן. הוסבר לי כי דר' כהן יהיה רשאי להפנות באופן ישיר או בהודעת המשיבון שלו את מטופליו אל גורם אחר שהוסמך על ידו לטפל בי. הוסבר לי כי לאחר השארת ההודעה במשיבון מתחייבים דר' כהן או מי שהוסמך על ידו ליצור עימי קשר תוך פרק זמן סביר מקבלת הפניה או להפנות את המטופל לגורם אחר שהוסמך על ידם לטפל בי.

טיפול בבעיה רפואית דחופה לאחר הטיפול בגבולות מדינת ישראל

הוסבר לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום לנזק בלתי הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע לי כי אם אסבול מבעיה רפואית דחופה הדורשת טיפול מיידי עלי לפנות באופן מיידי לדר' כהן או מי שהוסמך על ידו. במידה ולאחר נסיון סביר לא אצליח ליצור קשר עם דר' כהן עלי להשאיר הודעה מפורטת במשיבון שלו ולפנות בשעות העבודה אל רופא המשפחה בקופת החולים ולבקש הפניה לחדר המיון בבית החולים בלינסון או לחילופין לפנות ישירות לחדר המיון בבית החולים בלינסון ולבקש יעוץ מתורן מחלקת כירורגיה פלסטית. פניה לגורם רפואי אחר במוסד רפואי אחר ללא אישורו של דר' כהן או מי שהוסמך על ידו תחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחריות. הוסבר לי כי דר' כהן לא ישא בעלות הקשורה לטיפול בבעיה הרפואית הדחופה וכי עלי יהיה עלי לפנות לקבלת כיסוי מקופת החולים או לשאת בהוצאות בעצמי.

טיפול בבעיה רפואית דחופה לאחר הניתוח מחוץ גבולות מדינת ישראל

הוסבר לי כי איחור בדיווח לגבי סיבוכים, עיוותים אסתטיים ותוצאה לא רצויה באזור הטיפול עלול לגרום לנזק בלתי הפיך שאיננו נתן לתיקון. ידוע לי כי במהלך 12 החדשים לאחר קבלת הטיפול הרפואי עלי קבל אישור בכתב מדר' כהן לפני נסיעה מחוץ לגבולות מדינת ישראל. ידוע לי כי במידה ולאחר קבלת האישור מדר' כהן, אסע מחוץ לגבולות מדינת ישראל, חובה עלי לדאוג לביטוח רפואי מקיף בארץ היעד.

הוסבר לי כי במידה ומתעוררת בחו"ל בעיה רפואית הקשורה לטיפול אותו קבלתי מדר' כהן עלי לפנות טלפונית באופן מיידי לדר' כהן או למי שהוסמך על ידו ולפעול בהתאם להנחיותיהם. הוסבר לי כי אם אסבול מבעיה רפואית דחופה הדורשת טיפול מיידי עלי ראשית ליצור בכל שעה קשר עם דר' כהן או מי שהוסמך על ידו, במידה ולא אצליח לשוחח עם דר' כהן או מי שהוסמך על ידו, עלי לפנות לרופא מקומי שהוא מומחה לכירורגיה פלסטית בארץ בה אני שוהה. פניה לגורם רפואי אחר ללא אישורו של דר' כהן או מי שהוסמך על ידו תחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותשחרר את דר' כהן מאחריות כפי שמפורט בסעיף התיקונים והסבוכים. ידוע לי כי דר' כהן לא ישא בהוצאות הקשורות לטיפול בבעיה הרפואית בחו"ל.

חובת טיפול בהתאם להנחיות דר' כהן

הוסבר לי כי לאחר כל טיפול בפנים ובגוף יש להמנע מחשיפה ישירה לשמש למשך שנה מהטיפול. ידוע לי כי לאחר הטיפול עלי לפעול בהתאם להנחיותיו של דר' כהן או מי שהוסמך על ידו. נטילת טיפול תרופתי אחר או ביצוע טיפול רפואי אחר ללא ידעתי או בניגוד להמלצתו של דר' כהן תחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחריות.

טיפולים משלימים לאחר הטיפול האסתטי

הוסבר לי כי כדי להגיע לתוצאה טובה לאחר הטיפול שאקבל עלי להשלים את הטיפולים הבאים על ידי מי שהוסמך על ידי דר' כהן, או על ידי כל גורם מומחה, בעל נסיון מוכח, שיאושר מראש על ידי דר' כהן:
לאחר שאיבת שומן יש לבצע לפחות עשרה טיפולי ניקוז למפטי ידני.
לאחר מתיחת בטן יש לבצע לפחות עשרה טיפולי ניקוז למפטי ידני.
לאחר מתיחת פנים וצוואר יש לבצע לפחות חמישה טיפולי ניקוז למפטי ידני ושמירה על טווח תנועה.
המנעות מטיפול משלים לאחר הטיפול האסתטי תחשב הפרה יסודית של הסכם זה ותביא לסיום מיידי של תקופת האחריות.

מדיניות בעניין שימוש בכתובתו של המטופל

הובהר למטופל כי הכתובת אותה מסר תשמש לשליחת דואר בנושאים הקשורים לפעילות המרפאה לכירורגיה פלסטית ובנושאים הקשורים לטיפול אותו עבר. הובהר למטופל כי כתובת זו חשובה למסירת עדכונים, הוראות שימוש ואזהרות הקשורים לטיפול שעבר או לטיפולים אחרים הנעשים במרפאתו של דר' כהן. המטופל נותן את הסכמתו לכך שדר' כהן ו/או מי מטעמו ישלחו למטופל, בכתובת שנמסרה על ידו, כל דבר דואר שהוא. המטופל מתחייב לעדכן את דר' כהן או נציגיו לגבי שינוי כתובת למשלוח דואר תוך 14 ימים משינוי הכתובת.

על היחסים בין הצדדים יחולו הוראות הסכם זה בלבד, הממצה את כל ההסדרים שבין הצדדים, ואין בילתו. כל שינוי בהסכם זה לא יהיה בר תוקף אם לא יהיה מוסכם ומאושר בכתב. שום ויתור, אי-מימוש בזכות, ארכה, הקלה מצד אחד וכיוצא באלה, לא יתפרשו, בכל צורה שהיא, כוויתור או כהסכמה למעשי הצד השני ולא יפגעו בזכויות, בסעדים או בתרופות העומדים לרשותו של כל צד לפי הסכם זה ו/או לפי כל דין. הצדדים מצהירים בזאת כי קראו הסכם זה בעיון, הבינו היטב את תוכנו ואת התחייבויותיהם על פי ההסכם, ואת מלוא המשמעויות של כל האמור בהסכם, והם מקבלים על עצמם ללא סייג את כל התחייבויותיהם המפורטות בהסכם.

ולראיה באו הצדדים על החתום היום _____ לחודש _____ שנת _____

חתימת המטופל/ת: _____

חתימת ד"ר כהן: _____